

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENSINO EM SAÚDE COM
ÊNFASE EM PROCESSOS PEDAGÓGICOS ATIVOS - ESEPPA**

SAMUEL BARBOSA MACEDO

**OFICINAS MOTIVACIONAIS PARA INCREMENTO DA EFETIVIDADE NAS
VISITAS DOMICILIARES EM SAÚDE**

Rio Branco-AC

2018

SAMUEL BARBOSA MACEDO

**OFICINAS MOTIVACIONAIS PARA INCREMENTO DA EFETIVIDADE NAS
VISITAS DOMICILIARES EM SAÚDE**

Monografia apresentada à Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul - UEMS, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Ensino em Saúde, com Ênfase em Metodologias Ativas.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Rahmeier Fietz

Rio Branco-AC

2018

SAMUEL BARBOSA MACEDO

**OFICINAS MOTIVACIONAIS PARA INCREMENTO DA EFETIVIDADE NAS
VISITAS DOMICILIARES EM SAÚDE**

Monografia apresentada à Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul -UEMS, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Ensino em Saúde, com Ênfase em Metodologias Ativas.

Banca Examinadora:

Orientadora: Dra. Vivian Rahmeier Fietz (**Orientadora**)

Titular: Dra. Marcia Regina Martins Alvarenga

Titular: Dra. Fabiane Melo HeinenGanassin

Suplente: Dra. Fabiana Perez RodriguesBergamaschi

Conceito: _____

Rio Branco, _____ de maio de 2018.

Dedico este trabalho às minhas princesas:
Maria Helena e Laura por, mesmo sem saber,
sempre fazerem meus olhos brilharem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a quem devo toda a graça recebida até hoje, inclusive a de ter oportunidade de realizar este trabalho e este curso tão valioso para mudança de abordagem e comportamentos em educação.

A minha esposa Camila pelo companherismo e por ser sempre a maior incentivadora do meu crescimento educacional e profissional.

A todos os meus familiares, em especial a minha mãe/professora Auxiladora, sempre disposta a auxílios em normas técnicas.

Às facilitadoras: Gabi, Renata e Dalcila que, com sabedoria, nos mostraram uma nova forma de transformar informação em conhecimento valioso.

Aos colegas/amigos de curso, que tornaram a convivência algo prazeroso e engrandecedor, nos modificando a cada encontro.

À professora/orientadora Vivian Rahmeier Fietz pelo compartilhamento de seus conhecimentos e experiências sendo fundamental para a realização deste trabalho.

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas. Pessoas
transformam o mundo.”*

Paulo Freire (1996)

RESUMO

O trabalho consiste no relato de experiência de um Produto Educacional em Saúde, desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Ana Rosa Amorin, área rural do município de Rio Branco, estado do Acre, com extenso território de abrangência e população aproximada de 3.500 moradores. A forma de acesso ao atendimento odontológico é organizada via encaminhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) profissional estratégico e indispensável para o bom atendimento da população, justificando a preocupação em promover para esse grupo profissional ações de intervenção através da metodologia ativa, com o objetivo de melhor orientá-los a como agir enquanto agente educador em saúde, responsáveis pela melhoria da atenção preventiva e curativa em saúde bucal na comunidade. Os resultados alcançados permitem afirmar com clareza que ensinar e modificar os hábitos da população é sim um desafio, mas antes de tudo é fundamental para manutenção da saúde e somente assim conseguiremos ver bons resultados do trabalho clínico. Por isto o ACS sempre foi figura fundamental no sucesso de qualquer ação em Atenção Primária em Saúde, não sendo diferente em relação à odontologia. O valor atribuído a eles fica demonstrado na forma de acesso ao atendimento odontológico e na escolha deles como público alvo na aplicação do projeto.

PALAVRAS- CHAVE: Metodologia Ativa. Motivação. Educação em Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

CNES – Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria na Atenção e Qualidade

APS – Atenção Primária em Saúde

SUMÁRIO

1.SÍNTESE DA REALIDADE.....	11
1.1.Diagnostico Situacional.....	13
1.2. Alteração no Diagnóstico e Projeto.....	15
2.OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivos Gerais.....	17
2.2.Objetivos Específicos.....	17
3.MATERIAL DIDÁTICO.....	18
3.1.Planejamento da estratégia de ensino de cinema.....	18
3.2 cronograma de aplicação.....	19
4. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	20
4.1 Primeiro Encontro.....	20
4.2 Segundo Encontro.....	23
5. AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCACIONAL.....	26
6.REFERÊNCIAS.....	27

1. SÍNTESE DA REALIDADE

Meu nome é Samuel Barbosa Macedo, sou cirurgião dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF), lotado há cinco anos na Unidade de Saúde da Família (USF) Ana Rosa Amorin (CNES 3331911), vinculada a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), localizada em área rural.

Antes de iniciar o relato da atividade, da minha USF e do público alvo em si, acho válido apresentar minha caminhada ao longo do curso: iniciei o curso com um propósito específico, que era o de me motivar no sentido de tornar minhas aulas mais interessantes, uma vez que eu também leciono há alguns anos em uma faculdade de odontologia da cidade e, como vários dentistas/professores, iniciei este processo de educador sem nenhuma experiência prévia em docência, somente com experiência técnica adquirida ao longo da profissão. No entanto, com o passar do tempo senti a necessidade de oferecer algo mais atraente, do ponto de vista metodológico para os alunos que, atualmente, têm a informação de maneira simples e rápida com uso da internet. Meu maior dilema era como competir com tantas possibilidades abertas e fazer com que os conhecimentos que trago façam sentido para os futuros profissionais.

No curso me deparei com uma turma grande e muito heterogênea, bem diferente das turmas de outros cursos de pós-graduação que já fiz, nos quais todos os cursistas eram dentistas. Reconheço que inicialmente esse fato me causou estranheza, tantos pontos de vista diferentes e formas de ver a realidade, porém, ao longo do curso percebi que esta diferença de saberes foi um dos pontos mais relevantes para aumentar a potência no aprendizado em metodologias ativas. Outro ponto muito interessante foi o papel das facilitadoras, para mim inusitado, causando até mesmo desconfiança. Estava acostumado ao professor falar e o aluno ouvir, no entanto, o que vi foi algo totalmente diferente, que modificou minha forma de pensar o processo ensino/aprendizagem e a partir daí me levou a pensar no educador além do professor, pois como profissionais de saúde somos educadores em tempo integral e essa compreensão me motivou a procurar a melhoria da atenção em minha UBS através da educação permanente, me direcionando a fazer o trabalho de intervenção nela.

Retornando ao relato da experiência do Produto Educacional em Saúde, a ESF em que atuo possui um território de abrangência de grande extensão territorial, sendo dividida em nove micro áreas, com o total aproximado de 3.500 moradores. Por ser uma Unidade de Saúde afastada da região central da cidade e possuir extensa área territorial, o atendimento odontológico possui alta demanda reprimida e bastante procura por parte dos pacientes que,

em alguns casos, residem em ramais com distancias superiores a sete quilômetros da Unidade de Saúde.

Considerando essas particularidades geográficas, a forma de acesso ao atendimento odontológico é organizada para ser via encaminhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A organização do serviço de atendimento clínico odontológico na USF segue preceitos estabelecidos nos indicadores de desempenho do Programa de Melhoria na Atenção e Qualidade (PMAQ) do SUS, ao qual minha USF é aderida, entre eles está o da Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, que orienta a realização de atendimentos odontológicos a partir de primeira consulta odontológica programática. A partir dela, inicia-se o tratamento objetivando a resolução clínica de todas as necessidades odontológicas do usuário (respeitando o nível de competência da APS) e conclusão dos tratamentos. Esta forma de atendimento tem se mostrado mais eficaz em detrimento de consultas do dia, por se tratar de uma modalidade mais resolutiva na promoção e manutenção da saúde do usuário.

O ACS, durante suas visitas domiciliares, realiza o agendamento e orientações sobre as consultas odontológicas. Esta tem sido uma estratégia de trabalho facilitadora do acesso e garantindo a territorialização da atenção, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) em seus princípios organizativos. Esta forma de organização do acesso a atenção foi pensado para estar de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, respeitando as atribuições do profissional ACS.

Antes de iniciar o relato do contexto da realidade torna-se fundamental um breve histórico sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, vez que este profissional é figura central no presente trabalho; a profissão foi oficialmente implantada pelo Ministério da Saúde, em 1991, oriundo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado na década de 80, como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) como alternativa de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

Hoje, a profissão de agente comunitário de saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades de todo o País. Isso pelo fato dos ACS transitarem pelos espaços – governo e comunidade – e intermediarem essa interlocução. Desta forma, o agente comunitário de saúde tem um papel relevante no acolhimento, pois é membro da equipe e faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe, tal qual foi pretendido no momento da idealização e regulamentação da profissão.

O exercício profissional do agente comunitário de saúde é regido pela Lei 11.350/06, que em seu art.3º define que o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e em consonância com os objetivos do trabalho a ser realizado.

Considerando o ACS como ator central na estratégia de saúde da família, uma vez que este é o profissional que atua como elo entre a população de sua micro-área e a equipe de saúde da família, além de ser educador dentro da atenção primária em saúde. Nesse sentido, se torna premente para o bom desempenho deste papel, o conhecimento técnico elementar em saúde bucal, de forma a orientar e educar corretamente o usuário sempre respeitando sua integralidade, como preceitua a portaria 2.488 /2011 a qual relaciona as atribuições específicas do ACS como segue:

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. (BRASIL, 2011. Grifos nossos).

Considerando fundamental o conhecimento mais aprofundado da odontologia pelo ACS, para que desta forma, seja possível a multiplicação de informações e educação de sua população adstrita, conforme orienta a mesma Portaria acima, no seu artigo VII: “desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários”. Além de estar presente nas diretrizes da política nacional de saúde bucal, na seção que trata das ações de educação em saúde, conforme a seguir:

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios [...] Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado. (BRASIL, 2014. Grifos nossos).

No entanto, com o passar do tempo pude perceber a dificuldade em me fazer entender pelos ACS a respeito das técnicas no tocante à odontologia, dificuldade dos mesmos em criar mecanismos de avaliação objetivos e de acordo com as necessidades reais dos pacientes e deficiência em exercer o papel de educador junto à comunidade, no que diz respeito à área de saúde bucal. Esta situação, pela minha avaliação preliminar, culminava em uma triagem deficiente dos pacientes a serem agendados para o tratamento. Assim, por se tratar de um grupo bastante heterogêneo, composto por servidores que possuem desde ensino médio concluído há muitas décadas, até profissionais com curso superior e pós-graduação, foi possível notar diferenças entre as formas de abordar e avaliar os usuários no que diz respeito aos procedimentos e necessidades odontológicas.

Nesse contexto, procurei fazer uma avaliação *in loco* de uma forma sistematizada para mensurar o nível de conhecimento em relação às questões de odontologia da minha população alvo, que seriam os oito ACS que estão lotados na USF onde faço parte da equipe. Esse diagnóstico inicial servirá como subsídio para o planejamento de oficinas de capacitação em saúde bucal relacionadas ao trabalho e atribuições dos ACS.

1.1 Diagnósticos Situacional

Partindo da necessidade identificada realizou-se avaliação *in loco*. A coleta de dados foi efetivada a partir do instrumento utilizado por Gouvêa (2014) que teve como objetivo comparar o grau de conhecimento odontológico de dois grupos de ACS, o primeiro composto por ACS integrantes de equipes de saúde da família, que contavam com equipe de saúde bucal e outro grupo composto por ACS de unidades sem equipe de saúde bucal. Os resultados do trabalho mostraram uma diferença significativa em relação ao conhecimento em saúde bucal dos dois grupos, pois os ACS da equipe com dentista tiveram um desempenho cerca de 20% superior (GOUVÊA, 2015).

Cabe explicar que na coleta de dados realizada para o presente estudo foi aplicado o mesmo questionário do trabalho citado acima (Anexo A), que por sua vez teve como base o trabalho de Bianco (2010). Nesse instrumento o escore máximo a ser atingido seria de 4 (quatro) pontos. Ressalta-se que a média alcançada pelos ACS da USF em que atuo foi de 3,05 pontos. Quando comparado com os resultados da pesquisa de Gouvêa (2015), observou-se que o escore alcançado pelo grupo que possui dentista na equipe foi de 3,06, sendo bem

próximo ao escore atingido pelo nosso grupo. Esse resultado chamou atenção, pois imaginava que, visto o desempenho dos mesmos na visita odontológica, o resultado seria bem inferior.

Esse resultado revelava que o diagnóstico em relação ao conhecimento não estava conclusivo e então, no dia 29/06/2017, realizei uma segunda reunião com os ACSs com o intuito de mostrar o resultado do questionário e parabeniza-los pelo desempenho de forma geral. Na ocasião reuni os envolvidos no projeto, uma vez que os ACS estavam “ansiosos para saber o resultado da prova”. Novamente expliquei a intenção do questionário para coleta de dados e que o resultado individual não iria ser divulgado conforme tínhamos combinado previamente. Porém, ao me deparar com o grande interesse por parte deles, identifiquei isto como uma potência e resolvi fazer diferente do que havia planejado, que a princípio seria somente a divulgação do escore médio dos resultados. Prossegui então numa metodologia que foi realizada em momentos, descritos a seguir.

Primeiro momento: distribui os instrumentos de avaliação e eles conseguiram localizar qual cada um tinha respondido mesmo sem estarem identificado;

Segundo momento: A partir daí expliquei como se deu o processo da atribuição dos escores ou valores e avaliação de cada alternativa. Seguimos fazendo a leitura de cada questão e cada uma das alternativas. Cabe ressaltar que deixei que eles se manifestassem durante a correção de cada alternativa lida e, de certa forma, defender sua opção, somente depois eu lia a mais certa e explicava a escolha. Vale ressaltar que se trata de questionário no qual há mais de uma resposta considerada correta e em vários momentos formavam grupos de defesa de cada alternativa escolhida. Neste momento me deparei com algo próximo de um *Team Basic Learning*, porém os grupos se formavam no momento em que as alternativas coincidiam, ou seja, de acordo com a alternativa escolhida os integrantes as defendiam pela afinidade na resposta. Nessas ocasiões, valia-me da oportunidade para explicar sobre o tema da discussão de forma sucinta, aproveitando a força advinda do debate. Por serem questões sobre odontologia, ligadas à atenção primária em saúde, percebi que os atores começaram a trazer dúvidas de pacientes que estão relacionadas ao seu cotidiano de trabalho. Assim, de maneira geral notei um bom nível de conhecimento na área por parte deles, corroborando com os resultados da coleta de dados apresentados por Gouvêa (2015).

Terceiro momento: Finalizei o encontro com a sensação de que teria muito conteúdo a ser ministrado e que talvez precisasse trabalhar de forma modular. Inicialmente pensei em realizar o Produto Educacional em Saúde (PEDS) dividido em encontros periódicos para abordar os temas relacionados ao questionário e à odontologia. Como o trabalho de aplicação deveria ter um tempo específico e um ou dois encontros, com intervalos e respeitando os

prazos de entrega do PEDS, decidi por usar como projeto de aplicação da metodologia o primeiro módulo das oficinas. Após organizar os conteúdos defini qual seria o 1º módulo das oficinas que teria como tema **Saúde bucal: gestação e primeira infância** e este seria a aplicação do Produto Educacional em Saúde (PEDS).

Quarto momento: Comecei então a separar conteúdos de acordo com as fragilidades encontradas a partir das respostas e discussões geradas pela aplicação do questionário. Nessa etapa surgiu a idéia de resumir o material a ser ministrado em formato de cartilha. Cabe destacar que a mesma seria construída em conjunto com os ACS, pois não adiantaria escrever uma cartilha a partir do meu conhecimento, pois o deles se processa de maneira diferente. Essa cartilha serviria de base para orientar as visitas domiciliares relacionadas à odontologia, tudo de forma bem “ortodoxa”. Assim houve uma mudança na forma de trabalho, as oficinas e construção da cartilha deveriam acontecer em conjunto com os ACS, seria uma troca de informações, ajustes e adaptações aos conhecimentos que os mesmos já possuem. Meu maior desafio até então seria como trabalhar de forma metodologicamente ativa os conteúdos odontológicos, pois até este momento só imaginava aulas expositivas.

1.1. Mudança de Estratégia

Porém, à medida que o curso foi avançando e os convites para revisar o diagnóstico foram se tornando mais frequentes e fazendo maior sentido para mim, passei a me questionar sobre qual a diferença entre o que eu estava prestes a programar como metodologia de trabalho e a forma que eu sempre trabalhei como técnico e como docente, pois estava impondo o saber de forma vertical, sem considerar os sujeitos do processo e, à medida que fui ampliando a compreensão sobre as metodologias ativas, comecei a perceber a possibilidade de meu PEDS estar distante da minha realidade e, principalmente, distante da necessidade e intencionalidade de melhoria da qualidade do serviço dos ACS, o que deveria ser objetivo principal do trabalho.

Durante conversas informais com a equipe e com os próprios ACS, bem como com a coordenadora administrativa da UBS, pude perceber a falta de motivação e empenho por parte de alguns destes profissionais, o que me levou a revisar meu diagnóstico a fim de propor um novo rumo para o trabalho de intervenção, de forma a modificar o conteúdo abordado no PEDS. Dessa forma, considerando o resultado da coleta de dados, na qual os ACS tiveram a média de pontuação bem próximo ao escore da unidade de saúde usada como parâmetro na

pesquisa fonte, fiz a reavaliação dos meus objetivos, pois pude notar que o meu público alvo não tem a necessidade de mais instrumentalização de conhecimentos técnicos, mas sim devem ser melhor orientados a como agir diante das possibilidades e atribuições de atuar como agente educador, e desta forma atingir a melhoria da qualidade da saúde bucal da população alvo.

Ao fazer tal reflexão entendi porque não conseguia ver como trabalhar com metodologia ativa o tema original, pois na verdade o tema não estava de acordo com a necessidade do meu público e eu não estava pensando como educador ativo e, portanto, não encontrando a ferramenta adequada, até mesmo por não estar agindo e pensando de forma ativa. Assim, esta etapa inicial se tornou para mim o ponto fundamental do curso e do trabalho até aqui, foi imprescindível e me forçou a observar as necessidades que o público trazia, respeitando seus saberes, sem impor a minha vontade como educador.

Comecei a entender o PEDS como ferramenta de educação permanente e não de educação continuada, como eu estava pretendendo inicialmente, neste aspecto o módulo 5 do curso foi de extrema importância para reorientação de meu trabalho, já que antes enxergava o trabalho como algo tradicional e agora começo a ver o que o meu educando me diz a partir do que eu não estou perguntando. O que mais me angustiava era ver o quanto eu estava fazendo do mesmo jeito anterior. Utilizando a “metodologia bancária” não conseguia ver a aplicação do que li no livro *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE, 1996), que foi utilizado para fundamentar o trabalho e os formatos das oficinas. De fato estava muito acostumado pela rotina da prática que nem conseguia encontrar uma ferramenta adequada para atuar, o que mais me parecia aplicável seria um TBL, porém sem a potência que pretendia em modificar forma de agir, só depositando mais conteúdo em quem não necessita deles. Dessa forma, passei a refletir sobre o que pode realmente estar afetando negativamente o trabalho destes profissionais, que pela reavaliação das informações, o que passa a chamar atenção é a falta de motivação com o cotidiano do trabalho, cercada por vários fatores condicionantes e limitantes para o pleno desempenho.

A partir daí me propus a modificar radicalmente meu tema, que passou a trabalhar motivação da população alvo e não o incremento de conteúdos relacionados à odontologia. Tinha ciência de estar diante de um grande desafio, pois o trabalho de intervenção consiste na aplicação de ferramenta com intenção de provocar mudança de atitude, situação que jamais terei controle, posto ser algo que pode não ocorrer de forma efetiva, pois cada um dos ACS pode responder às solicitações de maneira diferente. No entanto, a minha intenção passa a ser provocar um disparador para modificações de comportamento, sem as quais se torna pouco

eficaz qualquer instrumentalização técnica. Após esta análise tornou-se fundamental a mudança do meu tema e objetivos, os quais passo a apresentar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Construir uma cartilha, junto com os ACS, para melhorar a qualidade da atenção preventiva em saúde bucal da população adstrita à USF Ana Rosa Amorin.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Destacar nos ACS a sua importância como agente educador em saúde e responsável pela melhoria da atenção preventiva e curativa em saúde bucal na comunidade.
2. Estimular na população alvo a reflexão sobre o aproveitamento do tempo durante o seu processo de trabalho, principalmente nas visitas domiciliares.
3. Organizar oficinas para apresentar e organizar um processo que gere mudança na forma de abordar dificuldades encontradas na rotina da ESF, baseada na autoanálise e do ouvir qualificado.

3. MATERIAL DIDÁTICO

Após a aplicação do questionário, reuniões e mudança de abordagem, a minha sequencia de estratégias educacionais utilizadas foram:

1. Reunião para expor as modificações do projeto e propor nova abordagem.
2. A partir do aceite nas modificações propostas, planejamento de execução de encontro de sessão de cinema precedido de dinâmica de aprendizagem.
3. Avaliação das modificações obtidas durante visita domiciliar acompanhada, para identificação de desafios e potenciais.

3.1. Planejamento da estratégia de ensino de cinema

Primeiro Encontro

1º momento: reunidos os ACS em uma sala isolada na USF (sala de reuniões) faremos a exposição de 3 filmes de curta metragem (Anexo A) e identificação das sensações positivas e negativas que cada um dos filmes trouxe ao público alvo, de maneira individual, ao fim de cada exposição, além da construção de um mural com as características referentes a cada filme.

2º momento: Agrupar os desafios e potencialidades de acordo com as similaridades ou proximidades entre eles e criar um núcleo de sentidos. A partir daí propor um tema para trabalhar que melhor converse com o desafio mais potente encontrado.

3º momento: Aplicação do roteiro de perguntas conforme Anexo B, com a intenção de estimular a discussão sobre o processo de trabalho e como ele poderia se tornar mais eficiente a partir da mudança de postura dos profissionais. Propondo um novo encontro voltado para a prática profissional.

Segundo Encontro

Visita domiciliar acompanhada dos colegas, a fim de identificar possíveis pontos que se apliquem as fragilidades/potencias vistas no núcleo de sentidos e seja possível correlação do trabalho desenvolvido pelo (a) colega com sua própria pratica profissional.

Tempo das atividades

Primeiro Encontro

- 5 minutos para projeção de cada um dos filmes (15 no total).
- 15 minutos para apontar os sentimentos (positivos e negativos) que foram despertados em cada filme (45 no total).
- 20 minutos de intervalo.
- 30 minutos para a discussão e criação do núcleo dos sentidos.
- 30 minutos para aplicação e debate sobre o questionário de três perguntas (Anexo B).
- **Tempo total aproximado: 140 minutos**

Segundo Encontro

- 40 minutos Visita Domiciliar Assistida à família sorteada.
- 30 minutos discussão sobre as potencialidades e fragilidades da atividade realizada (visita).
- **Tempo total aproximado: 70 minutos**

Recursos necessários:

1. DVD, televisor e *pen drive* com os vídeos salvos.
2. Papel cartão recortado em quadrados e em cores distintas, 16 para cada filme (2 para cada ACS) em duas cores.
3. Um quadro de escrever e 8pincéis para produção de material da dinâmica cinema.
4. Sala de aula (será usada a sala de reuniões da UBS em período sem atendimento).

Numero de participantes: 08 ACS

Responsável

Samuel Barbosa Macedo (CD da USF Ana Rosa Amorin)

Os termos de referencia das atividades encontram-se no Apêndice.

3.2. Cronograma de Aplicação

07/11/2017 – Reunião com os envolvidos para exposição da nova atividade.

14/12/2017 – Aplicação da estratégia de ensino cinema às 8h.

23/03/2018 – Visita domiciliar assistida seguida de avaliação na USF.

4. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A intervenção se dividiu em dois momentos distintos, por se tratar de duas atividades diferentes em sua natureza e intencionalidade, porém com o mesmo público alvo.

4.1. Primeiro Encontro: Aplicação da estratégia de ensino cinema

Em 14 de dezembro de 2017 foi realizada a aplicação do PEDS, sendo o primeiro encontro de dois programados. Ao iniciar a atividade fiz uma breve explicação das razões pelas quais estávamos alterando o planejamento inicial de oficina em odontologia para dinâmica de grupo voltada para trabalhar motivação pessoal. A princípio os participantes ficaram confusos, mas aceitaram a modificação. Cabe fazer uma observação a respeito da quantidade de participantes, oito no início, porém a atividade foi realizada somente com seis, dois ACS tiveram que pedir afastamento do serviço recentemente, por motivos pessoais.

Iniciei a aplicação conforme programado, fazendo a exposição dos vídeos e com o levantamento dos sentidos pessoais despertados na atividade, escritos nas tarjetas vermelhas os sentimentos negativos e na tarjeta azul os sentimentos positivos (Anexo C), após a colocação na parede das tarjetas iniciamos uma exposição pessoal dos sentimentos despertados. De modo geral os sentimentos despertados remetem a insatisfação com a profissão e com a falta de reconhecimento por parte dos pacientes e da equipe. Foi bastante comentado a falta de companheirismo entre os colegas ACS que “queimavam” uns aos outros para os pacientes. Neste momento senti um grande envolvimento de todos e consegui perceber diversas atitudes erradas que eram reconhecidas por eles e com sugestões de melhorias para evitar desentendimentos.

Embora nenhum dos vídeos apresentados aborde claramente o tema motivação, pude captar nas falas uma inquietação com a própria motivação pessoal e com a falta de atividades educativas e preventivas na USF, que de acordo com eles, piorou no último ano. Uma das ACS mais antigas levantou um fato que me chamou atenção pela sua autoanálise crítica. Ela relatou: *“os ACS que chegaram novos (são dois que foram lotados há dois anos atrás) vieram empolgados com vontade de fazer diferentes, mas eles depois eles foram contaminados por nós”*. Achei uma percepção madura e consciente da sua falta de motivação. De modo geral, os sentimentos negativos levam a concluir que eles se consideram desmotivados com o trabalho da forma que vem sendo realizado, no entanto possuem interesse em melhorar os processos de

trabalho e entendem ser esta a forma mais indicada para melhoria do ambiente de trabalho e para sua própria profissão.

Considerando os problemas levantados, identifico como *agentes causadores da falta de motivação* pela equipe de ACS, aspectos e fatos tais como:

- Equipe sobrecarregada pela falta de enfermeiro, com a técnica de enfermagem fazendo, além de suas atribuições, papel de coordenador administrativo, sem tendo tempo de orientar ações preventivas;
- Escala de ACS plantonistas na USF para suprir carência de pessoal de apoio;
- Chegada de uma invasão em algumas micro áreas, trazendo um incremento de mais de 30% na quantidade de famílias atendidas pela ESF;
- População nova (invasão) apresenta alta vulnerabilidade social, sendo difícil a realização de visitas domiciliares devido ao risco de violência e deslocamento em áreas alagadiças;
- Resistência da população em receber orientação, pois são focados no modelo curativo;
- Desconfiança sobre informações passadas pelos ACS, pois a população resiste em considera-los profissionais de saúde;
- Falta de apoio entre os membros da equipe, no sentido de reforçar o trabalho uns dos outros e não agir de forma crítica (no sentido negativo) frente a queixas e demandas dos usuários. Em outras palavras, falta de sensação de unidade, onde todos são iguais e expostos aos mesmos erros.

Após o núcleo dos sentidos fiz a aplicação das questões para reflexão (Anexo B). Na primeira questão, que trata do dia a dia profissional, as respostas foram parecidas e demonstrou uma grande divisão do tempo destinado para o trabalho com outras atividades, laborais ou não, demonstrando dedicação parcial ao ofício. Minha avaliação pessoal em relação a esta questão é que foi de pouca potência, principalmente quando considero a intenção dela, que seria servir como base para a discussão de gerenciamento de tempo. A segunda pergunta, no entanto foi de extrema relevância e de grande envolvimento por parte do público alvo, ela pede para falar sobre os desafios profissionais. A seguir apresento as respostas dos ACS participantes identificando-os pelas iniciais de seus nomes, como forma de preservar suas identidades e garantir a privacidade.

Pergunta 2: Quais os desafios na sua vida profissional?

ACS EES: *“Andar na invasão sozinha, falta de transporte para chegar nas casas, que são longe”*.

ACS FFB: *“Explicar as normas para os pacientes que querem tudo na hora. A marginalidade também é muito ruim”*.

ACS SER: *“Subir e descer barrancos, atravessando o rio para fazer visitas. A falta de segurança na própria unidade”*.

ACS MSG: *“Violência e ter que ir para área a pé pra não roubarem tua moto”*.

ACS SRM: *“Se manter motivada, mesmo sem o reconhecimento da população. Dificuldade em conscientizar os pacientes”*.

ACS TB: *“A população não confia no ACS, só nos doutores”*.

Observa-se que nas falas sobressaem as queixas sobre o cotidiano profissional mais do que sobre desafios da profissão. Neste momento fiz uma modificação no projeto original e somente li a terceira questão, que pede para relatar como é a visita domiciliar, fiz esta modificação considerando que os relatos estavam ficando repetitivos e o horário estava avançado, deixando-os inquietos. Passei para a fase da avaliação da atividade na intenção de despertar neles o interesse para outro encontro. Considero como negativo na minha aplicação o fato de não ter ressaltado a eles a importância da *dinâmica carrossel* e, desta forma, os relatos ficaram repetitivos e alongaram a atividade.

Após o fim da atividade pedi para que avaliassem o encontro do dia, com intuito de apontar as fragilidades e potencialidades. Os presentes se manifestaram muito satisfeitos com a atividade e consideraram muito melhor do que esperavam, achando inclusive muito oportuno o encontro. Segue algumas avaliações dos presentes, em relação às potencialidades do encontro:

ACS MSG: *“Me sinto aliviada, deve ter sempre momentos onde a gente possa falar, botar pra fora o que sentimos e não só ouvir”*.

ACS SSM: *“Gostei porque teve dialogo e quero outros momentos iguais”*.

ACS ESS: *“Foi bom porque todos se respeitaram e sugiro fazer isso pelo menos uma vez por mês”*.

ACS FFB: *“De um ano pra cá a gente não se reúne mais e acaba só gerando intriga, estes momentos são bons pra evitar isso”*.

Quando indagados sobre as fragilidades, foi destacado: a falta de periodicidade, a duração do encontro e sugeriram realizar atividades como esta com toda a equipe.

Ao final do encontro considerei o momento ideal para retomar a terceira questão, que somente havia lido, sugerindo que fizéssemos uma visita domiciliar assistida, para desta forma, acompanharmos *in loco* a resposta da questão 3 “Nos conte como é sua visita domiciliar”. Os participantes acharam interessante a idéia e então comecei a explicar como seria, destaquei que a participação seria voluntária, sorteando-se entre os presentes no dia do 2º encontro um ACS para fazer a visita, durante a VD eu e os demais iríamos acompanhar, observar e anotar *as potencialidades e desafios* da atuação do colega durante a visita, no sentido de somar conhecimentos e visões, após a visita retornaríamos à UBS e nos reuniríamos para algo próximo a avaliação de um caso simulado. Todos se mostraram de acordo e interessados na atividade que ficou marcada para 22/12/2017.

4.2. Segundo Encontro: Visita Domiciliar assistida seguida de avaliação na USF

Embora agendada para o dia 22 de dezembro de 2017, a atividade só pôde ser realizada no dia 23 de março de 2018, por uma série de fatores como: chuva forte no dia marcado, férias de dois ACS em janeiro e de outros dois em fevereiro. Mesmo após três remarcações ainda não consegui fazer a visita com todos ACS, pois um não compareceu por motivo de doença. Decidimos por fazer a atividade mesmo assim, uma vez que todos tinham confirmado previamente a presença. Desta forma, o encontro deu-se com a presença de seis ACS.

Primeiro momento: O encontro iniciou com uma breve reunião na USF quando relembramos a atividade que seria realizada no decorrer do período, perguntei se todos estavam dispostos a participar de forma ativa, pois seria sorteado um dos presentes e este teria sua visita domiciliar acompanhada por todos os outros e que depois todos iriam avaliar e sugerir melhorias. Neste momento a ACS Terezinha pediu para não ter seu nome sorteado, não estava sentindo-se a vontade para ser avaliada, iniciei o sorteio entre os demais (que concordaram) e então, para minha surpresa a ACS voltou atrás e perguntou se teria como irmos a um paciente da área dela, que precisava de ajuda e ela não sabia como ajudá-lo, coloquei em votação a proposta e todos concordaram.

Fomos visitar o paciente da área da ACS Terezinha, por solicitação dela. Faço uma observação em relação ao fato ocorrido: fiquei muito surpreso e feliz com a atitude da profissional, que sempre foi das mais resistentes em querer ajuda dos colegas e de mim para fazer uma visita que ela considerava desafiadora, senti o primeiro encontro fazendo sentido e sendo eficaz no serviço.

Segundo momento: iniciamos a Visita Domiciliar assistida, eu e os seis ACS presentes, seguimos até a casa do senhor ARL. Acho importante antes de narrar a visita comentar sobre este paciente: trata-se de um idoso de 86 anos de idade, viúvo, deficiente auditivo, que mora sozinho em uma pequena chácara, possui somente uma filha que vai uma vez por semana deixar comida (pronta) na geladeira para que ele esquente e coma durante o decorrer da semana, ele possui pouca autonomia e grande dificuldade de comunicação. Durante a visita, a ACS conduziu seu trabalho sem sofrer intervenções dos demais presentes, a sua sequencia foi a seguinte: cumprimentou-o e pediu para entrar em casa, depois com muita dificuldade em ser ouvida pelo paciente, perguntou como ele se sentia e quis ver os remédios que ele estava tomando, eram alguns remédios vindos da última consulta na UBS feita pelo paciente e alguns outros que ele relatou terem sido trazidos pela filha no dia anterior.

O paciente apresentava-se com aspecto enfraquecido e desnutrido, locomovendo-se com certa dificuldade. Após essa orientação acerca da tomada correta dos medicamentos a ACS perguntou se eu gostaria de “ver” os dentes dele, pedi permissão ao paciente e examinei suas arcadas, ao fim do exame perguntei se ele escovava os dentes e tive resposta negativa, ofereci atendimento na UBS e o paciente disse não ter interesse por falta de dinheiro, avisei que seria gratuito e o mesmo disse que iria ver com sua filha, mas que não tinha interesse, pois já estava no fim da vida. Percebi grande desmotivação por parte paciente em relação a sua forma de vida e expectativas. Pedi para abrirem a geladeira e lá foi encontrado somente comida pronta dentro de vasilhas, em uma quantidade para uso de uma semana, que só seria esquentada pelo paciente, todos os presentes espantaram-se com as condições de alimentação do paciente pelo aspecto da comida e pouca variedade. Terminamos a visita após mais uma tentativa de comunicação frustrada com o paciente que aparentemente não ouviu ou não entendeu as orientações que lhe foram passadas. Após retorno a USF passamos a terceira etapa do encontro.

Terceiro momento: Iniciei o encontro parabenizando a iniciativa da ACS em dispor-se a realizarmos a visita na sua micro-área, aproveitei para salientar a brilhante escolha do paciente, pois se trata de um paciente complexo e elogiei sua humildade em pedir ajuda para os colegas para melhorar o atendimento, corroborando com a nossa ideia de colaboração mútua para melhoria da atenção em saúde. Ela agradeceu e complementou dizendo que tinha muita dificuldade em lidar com esse caso e sentia muita pena das condições de vida daquele senhor, porém não estava conseguindo fazer as mudanças necessárias para melhorar a saúde e a vida do paciente.

A partir daí convidei os demais ACS a se manifestar expressando como viram e como achariam que deveria ter sido a visita domiciliar da colega. Destacando potências e fragilidades encontradas na visita domiciliar, desta vez pedi para que fizéssemos a *dinâmica carrossel*, na qual os colegas com pontos de vista e opiniões iguais não repetissem as falas já feitas, a fim de não delongar o encontro e torná-lo cansativo. Dentre as potencialidades elencadas pelos ACS, destacam-se:

ACS MSG: *“Gostei muito da forma que você se comunicou com ele, com muita paciência com o problema dele”*.

ACS FFB: *“Gostei muito da sua visita, mas para ela fazer mais efeito tem que envolver a filha nas orientações, pois ele é dependente de cuidados. Uma sugestão seria ir visitar nas quintas-feiras, que é o dia que a filha vai lá”*.

Em relação às fragilidades observadas durante a visita, salientei que deveriam ser feitas no intuito de melhorar e contribuir com o trabalho da colega, seguem alguns relatos de fragilidades:

ACS SFB: *“O paciente é dependente e mora só, tem que chamar a filha para conversar; ele está até desidratado, como você tem feito orientações em relação a água que ele bebe? Ele não tem condições nem de encher o filtro com água, ou seja toma um filtro por semana.”*

ACS MSG: *“Precisa organizar aqueles remédios e tirar o que ele não está mais usando”*.

ACS SSM: *“Tenta ir na casa dele com mais frequência e ver se ele está tomando esses remédios corretamente”*.

ACS ESS: *“Precisa organizar aqueles remédios, acho que tem que colocar em vários potes coletores com desenhos de sol e lua para ele saber quando tem que tomar”*

O assunto, porém, se prolongou em relação a sugestões a serem tomadas para lidar com o fato do idoso não ser responsável por si e necessitar de cuidados de saúde frequentes, conforme relato da ACS Terezinha, é esta sua maior dificuldade, pois sabe que ele não consegue cuidar de si próprio. A partir daí os colegas foram se revezando com ideias e sugestões para o caso, pois foi consenso que trata-se de um problema que vai além do cuidado clínico e diz respeito a qualidade de vida de um cidadão idoso, que está em precárias condições de vida. Os ACS apontaram algumas sugestões, caso tivessem na situação da colega:

ACS FFB: *“A conserva com a filha dele tem que acontecer logo e mostrar para ela que ele irá piorar caso ela não dê a assistência adequada para ele”*.

ACS ESS: *“Acontece que a filha dele já foi alertada, a doutora conversou com ela e houve resistência, ela levou ele para cidade uns dias e depois trouxe de volta. Neste caso acho que tem que denunciar sim, pois senão estaremos sendo omissos”*.

ACS SSM: *“É mais um motivo pelo qual devemos reativar o grupo de idosos, para estimular a participação de idosos como ele e dar momentos de interação entre eles”*.

ACS MSG: *“Você deve denunciar no conselho tutelar ou no ministério publico”*.

Neste momento eu tive acesso ao prontuário medico do paciente e consta três consultas médicas nos últimos dois anos e em todas há uma solicitação para a presença da filha para conversa sobre seu pai.

Após o termino das sugestões, pedi que eles dissessem sua opinião e sugestões sobre o nosso encontro e sobre a atividade realizada. Pelo que pude perceber se mostraram receptivos a novas atividades e acharam de grande relevância para contribuir na melhoria do trabalho, sugeriram reuniões periódicas para tratar de casos como este e que poderiam começar como a Visita Domiciliar Assistida.

5. AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCACIONAL

Para avaliar o projeto aplicado na minha Unidade Básica de Saúde, se faz necessário antes, fazer uma reflexão sobre como foi árdua a tarefa de pensar em como aplicar o projeto, o local e o público alvo sempre foi muito claro na minha mente, pois sempre fui fascinado pelo trabalho do profissional ACS e de como este ator tem poder transformador de realidade na saúde e na qualidade de vida da sua comunidade.

Como sou cirurgião dentista formado há 17 anos em São Paulo, que é um estado de alta concentração de dentistas na iniciativa privada, sempre fui doutrinado ao pensamento de que o “postinho” era lugar de dentista ruim ou somente um “bico”, além da ideia que prevenir e ensinar os pacientes a cuidar da saúde bucal era coisa para acadêmico (de primeiros períodos), porém hoje, após este tempo de atuação clínica, eu consigo afirmar com clareza que ensinar e modificar os hábitos da população é sim um desafio, mas antes de tudo é fundamental para manutenção da saúde e somente assim conseguiremos ver bons resultados do trabalho clínico. Por isto o ACS sempre foi figura fundamental no sucesso de qualquer ação em Atenção Primária em Saúde, não sendo diferente em relação à odontologia, este valor atribuído a eles fica demonstrado na forma de acesso ao atendimento odontológico e na escolha deles como público alvo na aplicação do projeto.

Apesar de ter o público alvo definido, eu estava interpretando de forma errada as necessidades dele e me equivocando em relação aos seus saberes sobre a odontologia. Especialmente neste momento foram de fundamental importância as aulas e atividades no curso de metodologias ativas, pois me forçaram a olhar de forma diferente e ser capaz de pensar a partir do saber do outro. Foi a partir deste momento que consegui enxergar a metodologia ativa como um aliado para a construção do conhecimento e perceber que ela é eficaz, porém exige do docente (facilitador) um olhar mais atento aos sinais do educando e humildade em mudar, consciente que estas modificações não são erros e sim construções e aprimoramento. Quando mudei o projeto inicial fiquei um pouco frustrado, no entanto, após a aplicação e as devolutivas dos ACS fiquei extremamente satisfeito com a mudança no rumo do trabalho e percebo que eu consegui meu objetivo, que era motivar o público alvo a mudança de comportamentos, principalmente para que eles percebam e valorizem a grandeza de seu trabalho cotidiano.

No tocante a avaliação da aplicação do projeto de intervenção, eu aponto como fragilidade o grande intervalo de tempo entre os dois encontros, por motivos já citados.

Também elenco a dificuldade em fazer a atividade se tornar interessante para todos os envolvidos, pois a qualidade da participação deixou a desejar por parte de alguns deles. Outro ponto a ser melhorado, seria fazer a avaliação da Visita Domiciliar Assistida, na forma de tempestade de ideias ou outra dinâmica similar, para que as ideias ficassem afixadas em um mural e não somente verbalizadas e anotadas por mim. Acredito ser possível a melhoria destes pontos em encontros posteriores, pois sempre tive a esperança que um dos indicadores da boa aceitação da minha aplicação seria a cobrança, por parte deles, de novas atividades e encontros. Neste ponto me parece ter surtido efeito, pois desde a última atividade venho ouvindo pedidos da necessidade de reuniões periódicas para tratar diversos assuntos, o que tem me deixado satisfeito em relação a intencionalidade do projeto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as equipes de atenção Básica (Saúde da família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série E. **Legislação em Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 09.06.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09-06-2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BIANCO, L.C. **Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho, Rondônia**. 2010. Dissertação de Mestrado em Odontologia, Universidade de Taubaté, São Paulo, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOUVÊA, G.R. Avaliação do conhecimento e práticas em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família com e sem equipe de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Piracicaba-SP, 20(4), p.1185-1197, 2015.

ANEXOS

Anexo A – Valor atribuído para cada questão do formulário de pesquisa

	Alternativas de respostas	valor atribuído
Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, qual opção você considera certa?	a. por serem dentes temporários, não necessitam de cuidados b. guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes c. surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê d. são dentes que caem facilmente porque não têm raízes e. não sabe / não informou	0 2 0 1 0
Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?	a. Uma b. Duas c. três, incluindo o dente do siso d. não sabe/não informou	3 2 1 0
Em sua opinião, em que idade começa a nascerem os primeiros dentes permanentes?	a. por volta dos 6 meses a 1 ano b. de 2 a 3 anos c. de 5 a 6 anos d. de 8 a 9 anos e. de 11 a 12 anos	0 0 2 1 0
Qual a sua percepção em relação à principal causa de uma dentição forte?	a. herança dos pais (nascença) a. tipos de raça b. boa condição financeira c. cuidados com a higiene bucal e alimentação d. não sabe/não informou	2 3 1 4 0
A cárie é para você uma doença provocada principalmente por:	a. má formação da estrutura dos dentes b. bactérias aderidas aos dentes c. uso constante de antibióticos d. falta de saliva na boca e. ingestão frequente de produtos açucarados f. não sabe/não informou	1 2 0 3 4 0
Mau hálito na maioria dos casos é causado por:	a. estresse emocional b. uso de medicamentos c. fumo e álcool em excesso d. falta da remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua e. alimentos açucarados e gordurosos f. não sabe/não informou	2 1 4 5 3 0
Você acha que o sangramento da gengiva é:	a. normal e sempre ocorre com a escovação b. o maior causador de cárie dental c. uma infecção que atinge o nervo do dente d. o primeiro sinal de uma doença gengival e. não sabe/não informou	0 2 1 3 0
Para se evitar a gengivite é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:	a. apenas escova dental b. escova dental e pastas com flúor c. escova e fio dental d. Líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor e. não sabe/não informou	2 3 4 1 0

Continuação

	alternativas de resposta	valor atribuído
Em sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal:	a. lesão de cárie não tratada b. excesso de flúor c. uso de dentadura quebrada d. ponte móvel mal adaptada e. não sabe/não respondeu	4 1 2 3 0
Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser:	a. preventivo e periódico b. evitado durante toda a gestação c. para os casos de urgência d. não sabe/não respondeu	2 0 1 0
O flúor é importante:	a. apenas na infância, na época de formação e erupção dos dentes b. na vida adulta c. na terceira idade d. em todas as fases da vida e. não sabe/não informou	3 2 1 4 0
Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento do câncer bucal:	a. ingestão de medicamentos b. alimentação rica em sal e açúcar c. excesso de álcool e fumo d. perdas dos dentes permanentes e. não sabe/não informou	1 2 4 3 0

Fonte: Bianco, 2010.

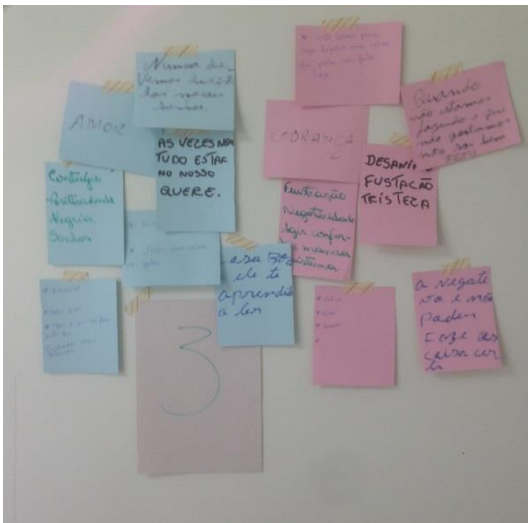
Anexo B – Roteiro de perguntas

Roteiro de perguntas pós núcleo de sentidos	
1.	Como é seu dia a dia, pessoal e profissional?
2.	Quais os desafios na sua vida profissional?
3.	Nos conte como é sua visita domiciliar.

Anexo C – Lista de vídeos propostos

Vídeo	Tempo	Intencionalidade pedagógica
Programa Saúde da Família (PSF) – UNIVIX https://www.youtube.com/watch?v=IUSkjgtNkYU	6min.14s	Fazer refletir sobre o papel do ACS na comunidade onde atua e seu destacar o seu valor como membro de destaque no contato com os usuários e como educador.
O lenhador e a raposa https://www.youtube.com/watch?v=D18NHzdNYxU	4min.30s	Fazer analisar a verdade por trás das palavras e o quanto deixamos nos levar por pressupostos e preconceitos.
Escolhas da vida (Alike) https://www.youtube.com/watch?v=K9NrtNAQT_0	6min.46s	Despertar reflexão sobre nossas atitudes do cotidiano e como afetam todos a nossa volta.

Anexo D – Fotos da aplicação do 1º Encontro



APÊNDICE

Termos de referencias das atividades pedagógicas

Atividade pedagógica: Cine viagem- Três curtas metragens

Intencionalidade pedagógica:	Promover a reflexão crítica no público alvo sobre seu papel profissional e sua importância como educador e promotor de saúde. Estimulando-os a pensar sobre como sua dedicação pode refletir na atenção ao cuidado.
Recursos necessários:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DVD, televisor e pen drive com os vídeos salvos ✓ papel cartão recortado em quadrados e em cores distintas, 16 para cada filme (2 para cada ACS) em duas cores. ✓ 1 lousa e 8 pincéis para produção de material da dinâmica cinema ✓ Sala de aula (será usada a sala de reuniões da UBS em um período sem atendimento).
Tempo da atividade:	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos para exibição de cada um dos filmes (15 no total) • 15 minutos para apontar os sentimentos (positivos e negativos) que foram despertados em cada filme (45 no total) • 20 minutos de intervalo • 30 minutos para a discussão e criação do núcleo dos sentidos • 30 minutos para aplicação e debate sobre o questionário de 3 perguntas (Anexo C) • Tempo total aproximado: 140 minutos
Numero de participantes:	08 Agentes Comunitários de Saúde
Numero de facilitadores:	01

Atividade pedagógica: Visita Domiciliar Assistida

Intencionalidade pedagógica:	Acompanhar <i>in loco</i> atuação do ACS para desta forma, suscitar a discussão entre eles de como o trabalho pode ser realizado de forma mais eficiente e eficaz, adaptado a realidade de cada usuário.
Recursos necessários:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ papel cartão recortado em quadrados e em cores distintas, ✓ canetas e pranchetas para apoiar os papeis; ✓ Sala de aula (será usada a sala de reuniões da UBS em um período sem atendimento).
Tempo da atividade:	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos iniciais, para sorteio do ACS que terá sua visita assistida; • 15 minutos, deslocamento para casa escolhida; • 30 minutos, para visita domiciliar; • 50 minutos, para retorno a USF e avaliação da visita; • Tempo total aproximado: 110 minutos.
Numero de participantes:	07 Agentes Comunitários de Saúde
Numero de facilitadores:	01