

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

**MARCIO DOS SANTOS ROMUALDO**

**NARRATIVAS: UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA PARA OS AGENTES**  
**COMUNITÁRIOS**

**RIO BRANCO - AC**

**2018**

**MARCIO DOS SANTOS ROMUALDO**

**NARRATIVAS: UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA PARA OS AGENTES  
COMUNITÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos docentes da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul como requisito para a obtenção do título de Especialista em Ensino em Saúde com Ênfase em Processos Pedagógicos Ativos.

Orientadora: Marcia Regina Martins Alvarenga.

**RIO BRANCO - AC**

**2018**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ELE, nada seria possível. Gratidão pela saúde, fé, perseverança e força para superar as dificuldades. A Deus toda honra e toda a glória. Estamos aqui pela sua misericórdia. Agradecimento especial a minha querida esposa Daniele e a minha filha Luísa por me incentivar em todos os momentos ao longo desta árdua trajetória. Com paciência e compreensão entenderam minhas ausências e contratempos. A dedicação ao estudo me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente. A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde, sabedoria, fé e coragem em superar todos os obstáculos que surgiram no meio do caminho, e não foram poucos, pela paz e a serenidade em saber transformar o que pode ser mudado e aceitar a aquelas as quais não temos esse poder. A minha esposa Daniele, que foi minha companheira, amiga e torcedora fiel, por compreender minha ausência e por estar sempre o meu lado. A minha filha Luísa que com seu sorriso inocente me incentivava a não desistir jamais. Seu sorriso me encantou e me motivou ao longo deste caminhar. Minha esposa e minha filha: companheiras incansáveis e fiéis desde o início, trazendo motivação e alegria. Muito obrigado as queridas facilitadoras: Renata, Gabriela e Dalcila que mantiveram a alegria, o empenho e amor no decorrer do curso. Aprendizados e resignificações constantes. Elas fizeram e vão fazer parte do meu caminhar pedagógico. Fica na memória os encontros, os sorrisos, os desafios, a amizade, o exemplo, o respeito e a gratidão. Agradeço a minha orientadora Márcia Regina pela paciência e ajuda na conclusão deste trabalho. Agradeço a todos os professores da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul em nome da Coordenadora Cibele, que nos conduziram com muito esforço e dedicação. Aos colegas de curso. Estes fizeram a grande diferença. Me ensinaram e oportunizaram o exercício do amor, da compreensão, da escuta e do crescimento pessoal. Agradeço a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje. O valor deste curso é imensurável e inexplicável. Não existe um caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho. (Gandhi)

## RESUMO

(qual o objetivo deste trabalho? Tem que colocar) Este trabalho apresenta a descrição do percurso metodológico realizado para a construção do produto educativo em saúde do curso de especialização de ensino em saúde com ênfase em processos pedagógicos ativos. A estruturação do projeto ocorreu em quatro etapas distintas: síntese da realidade, material didático, descrição da intervenção e avaliação. A pesquisa de abordagem qualitativa foi construída a partir de estratégia dialógica e coletiva com a utilização de instrumentos pedagógicos potencializadores como: dinâmicas, vídeo, roda de conversa e processamento de narrativas. Considerando o diagnóstico situacional, os dados permitiram a compreensão da realidade e das necessidades dos sujeitos envolvidos, bem como, proporcionaram o direcionamento de futuras intervenções educativas. A transposição das etapas, a sobrevivência e a efetividade do trabalho só foi possível com o protagonismo mútuo. O projeto foi realizado em uma unidade de saúde da família da área urbana do município de Rio Branco, AC, e contou com a participação de 10 agentes comunitários de saúde. A compreensão da realidade diagnóstica educativa possibilitou a delimitação da temática a ser trabalhada: saúde bucal do idoso, bem como, a definição do público alvo: dez agentes comunitários de saúde. A construção do conhecimento baseou-se na valorização de experiências e saberes prévios. A aprendizagem significativa foi oportunizada e finalizada pelo processamento de narrativas, ou seja, relatos da prática vivenciados pelos agentes comunitários. A construção do saber e o empoderamento dos agentes comunitários proporcionou melhorias nas orientações, nos acompanhamentos e na qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** Aprendizagem significativa. Narrativas. Produto educativo em saúde.

## SUMÁRIO

1 SÍNTESE DA REALIDADE	precisa colocar o número das páginas
2 MATERIAL DIDÁTICO	
3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	
REFERÊNCIAS	- referências não tem numeração

## 1- SÍNTESE DA REALIDADE

A primeira etapa do trabalho **tem** como objetivo apresentar ao leitor: o discente e o diagnóstico situacional, isto é, a realidade na qual o autor está inserido, bem como, descrever os objetivos, a justificativa e as expectativas do projeto.

Sou Cirurgião dentista graduado pela Faculdade de Odontologia de Volta Redonda - Rio de Janeiro - 1997, Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP - 2000, Especialista em Didática do Ensino Superior pela União Educacional do Norte - UNINORTE – Acre - 2014 e Pós graduando em Ensino em Saúde com Ênfase em Processos Pedagógicos Ativos pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS - 2018.

Atuo desde 2004 na atenção primária em saúde, especificamente na estratégia de saúde da família. A Unidade Maria Verônica Rodrigues da Silva é composta por duas equipes de saúde da família, com seus respectivos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A atenção primária/básica constitui uma importante porta de entrada do SUS, sendo o contato inicial da população com o serviço de saúde, responsabilizando-se e respondendo pela maioria dos problemas ou necessidades nesse setor. Dentre seus princípios, destacam-se: a Longitudinalidade, ou a atenção e cuidado personalizado ao longo do tempo, contínuo, estabelecendo vínculo com o usuário; a Integralidade, ou a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, resolvendo mais de 85% das demandas ou problemas na área; a coordenação, ou a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja a atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção. (STARFIELD, 2002, p 68)

Estudos anteriores apontam evidências de que acesso a serviços de atenção primária contribuem não apenas na redução das taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde populacional. (KRINGOS, 2010, p 81)

A Unidade Maria Verônica Rodrigues da Silva localiza-se no perímetro urbano do município de Rio Branco situada à Rua Rio Grande do Sul, número: 83, Bairro: Preventório. A referida unidade abrange 4 bairros: Preventório, Ivete Vargas, João Eduardo e Bela Vista. Possui cobertura populacional de cerca de 5.000 pessoas, distribuídas em 10 microáreas.

A Estratégia saúde da família funciona por meio de equipes de saúde da família, e desde 2004 são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta. (BRASIL, 2011, p 41)

Portanto, o aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família é um importante promotor de equidade e o SUS tem cumprido a sua missão, efetivando a estratégia como ordenadora do cuidado em saúde. (KRINGOS, 2010, p 81)



A referida unidade possui na sua composição: 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem, 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, 10 agentes comunitários de saúde e 1 colaborador responsável pelos serviços gerais. Somente este último colaborador é contratado por empresa terceirizada. Todos os demais são servidores públicos concursados pela secretaria municipal de saúde do município de Rio Branco.

A equipe de saúde bucal é composta por 1 Cirurgião dentista e 1 Auxiliar em saúde bucal. É responsável pelo acompanhamento de 2 equipes de saúde da família adstritas à unidade, realizando ações curativas e atividades de educação em saúde. De acordo com as diretrizes da estratégia de saúde da família, a equipe de saúde bucal possui atribuições específicas, devendo trabalhar de forma transdisciplinar com os demais membros da equipe.

De acordo com a Portaria 2.488 de 2011, o Cirurgião dentista possui as seguintes atribuições: I -realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; II -realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V -coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal; e VIII -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. (BRASIL, 2011, p 7)

Nos últimos anos houve grande expansão da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde, sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da atenção básica, a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. A estratégia tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. (FAUSTO et al., 2014, p 19)

Não obstante, é imprescindível destacar a sobrecarga existente para a equipe de saúde bucal em razão do número de famílias vinculadas, impossibilitando desta forma um acompanhamento mais efetivo e resolutivo. O vínculo e a atenção ao cuidado seriam melhor equacionados se a equipe de saúde bucal acompanhasse somente uma equipe de saúde da família.

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde da família seja composta por um médico generalista, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (equipe tipo I), ou ainda, por um Cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (equipe tipo II). Cada equipe de saúde deve atender em média 6.900 habitantes. (BRASIL, 2014, p 6)

Em relação aos recursos humanos operantes, as equipes eram compostas apenas de médico e enfermeiro. Em 1997, foram incorporados o auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Neste momento inicial, a Saúde Bucal não teve seus profissionais incluídos na equipe mínima, apesar de existir, àquela época um movimento nacional em prol da inclusão da equipe de Odontologia no Programa de Saúde da Família

Em 1994, como estratégia de reestruturação do SUS, foi criado o Programa Saúde da Família, mas a Odontologia não foi incluída imediatamente nesta, visto que sua inclusão só ocorreu 6 anos após, motivada pela situação caótica de saúde bucal da população brasileira, através da assinatura da portaria 1.444 de 28/12/2000 pelo Ministro da saúde José Serra. (BRASIL, 2014, p 9)

O Cirurgião dentista foi inserido nessa proposta somente no ano 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal para mudar os serviços odontológicos prestados. Logo depois vieram os Centros de especialidades odontológicas e laboratórios de prótese dentária, aumentando desta forma a oferta de serviços, bem como, ampliando as vagas nos serviço público.

Somente a realização de procedimentos curativos não estava gerando o resultado esperado, ou seja, a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da Saúde Bucal da população e a necessidade de incentivar a reorganização da Saúde Bucal na atenção básica foram os motivadores da implantação das ações da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. O cirurgião-dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental foram incluídos na equipe. (LIMA et al., 2006, p 194)

Há 7 anos sou preceptor de acadêmicos do curso de Odontologia do oitavo e décimo períodos. Os estagiários são recepcionados e inseridos em todas as atividades clínicas e educativas da unidade. A educação e a saúde são áreas interligadas. Este convívio diário evidenciou a importância e a contribuição da interação entre ensino e assistência, bem como, um olhar diferenciado para os pacientes e acadêmicos.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE et al., 2008, p 359)

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Desde de 2012 ministro alguns conteúdos teóricos em sala de aula. Até a presente data, estou à frente das seguintes disciplinas do curso de Odontologia da Uninorte: Introdução às Ciências Odontológicas, Estágio em Saúde Coletiva IV, Odontologia Legal e Deontologia I e II, Gestão e Empreendedorismo em Saúde e Medicina Forense (Curso de Direito).

Articular saberes, dentro dos diversos cenários de aprendizagem, proposto pelo SUS, é contemplar o engendramento do ensino-serviço, teoria-prática e ação-reflexão-ação, na educação e orientação da formação para atuar na integralidade da atenção à saúde, na construção de vínculos nas relações entre profissionais e

usuários na superação do modelo centralizador persistente (existente) até os dias atuais. (LUCCHESI et al., 2010, p 43)

O diagnóstico situacional permite o conhecimento e a compreensão ampliada da realidade no qual o autor está inserido. Este projeto visa, além da análise crítica e reflexiva da realidade, proporcionar uma intervenção educativa desencadeando situações de melhoria na assistência.

Educação em saúde como um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano. (GAZZINELLI, 2006, p 34)

A significação e a sobrevivência da intervenção partiu da necessidade dos sujeitos envolvidos no processo. A participação e a motivação do público alvo foram essenciais para o desenvolvimento de todo o percurso pedagógico.

O distanciamento de escolas médicas das necessidades da população, refletido pela excessiva e precoce especialização e pela tecnificação do cuidado, representa uma importante causa do inadequado perfil dos médicos formados e de seu baixo compromisso social. A formação médica tradicional transformou-se em uma justaposição de disciplinas, no ciclo básico, e de especialidades, no ciclo clínico. A fragmentação entre a doença e o paciente representa um dos obstáculos ao desenvolvimento de profissionais críticos e capazes de trabalhar com problemas. (LIMA et al., 2003, p 195)

Neste sentido, a ferramenta eleita inicialmente para compreensão da realidade diagnóstica educativa foi a roda de conversa. A partir deste ponto, vislumbraríamos a implementação da futura intervenção do produto educativo em saúde.

A escolha da roda de conversa ocorreu principalmente por sua característica de permitir que os participantes expressem concomitantemente suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo. Para que a atmosfera de informalidade e descontração pudesse ser mantida, utilizou-se o termo roda de conversa, pois se entende que esse termo é adequado, tanto ao ambiente escolar, quanto em ambiente de trabalho.

Como promover um momento de interação entre os sujeitos da pesquisa, para proporcionar uma reflexão conjunta sobre suas falas. Foram questões como estas que perpassaram os caminhos metodológicos dessa investigação.

A coleta de dados por meio da Roda de Conversa permite a interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa por ser uma espécie de entrevista de grupo, como o próprio nome sugere. Isso não significa que se trata de um processo diretivo e fechado em que se alternam perguntas e respostas, mas uma discussão focada em tópicos específicos na qual os participantes são incentivados a emitir opiniões sobre o tema de interesse. (IERVOLINO, PELICIONI, 2001, p 119)

Entende-se que as informações produzidas nesse contexto são de caráter qualitativo, pois as opiniões expressas nessas rodas de conversa são 'falas' sobre determinados temas discutidos pelos participantes sem a preocupação com o estabelecimento de um consenso, podendo as opiniões convergirem ou divergirem, provocando o debate e a polêmica. Cabe ao mediador garantir a participação igualitária de todos, bem como atender aos critérios de estruturação da discussão. Por sua possibilidade de interação entre os participantes, a técnica da roda de conversa assume as mesmas características da técnica do grupo focal que é definida por Gaskel como: uma esfera pública ideal, já que se trata de um debate aberto e acessível a todos assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração; e o debate se fundamenta em uma discussão racional. (GASKEL, 2002, p 74)

O diagnóstico educativo nos permite identificar as práticas das pessoas ou grupos, enquanto parte do seu contexto de vida. Por meio do diagnóstico temos condições de obter informações sobre o conhecimento, as opiniões, atitudes, habilidades e as práticas dos indivíduos ou grupos em relação aos problemas identificados.

Em 1999, Schmidt aponta três condições que facilitam a aprendizagem: ativar conhecimentos prévios dos estudantes a respeito do assunto que se pretende que eles aprendam, contextualizar a informação de forma congruente com a prática que será exercida no futuro e possibilitar que o novo material seja reelaborado através de discussões com outras pessoas. (SCHMIDT, 1999, p 86)

A partir destas considerações de caráter teórico, e tendo em vista a fase de diagnóstico em educação em saúde, elaborei uma trajetória metodológica problematizadora. O desenvolvimento do aprender e do ensinar parte dos problemas identificados. A palavra chave, tanto da aprendizagem como do ensino, é o problema. Nessa metodologia, o ensino se dá a partir de perguntas e indagações aos educandos sobre a observação do problema e da situação, facilitando o processo de reflexão do educando.

Segundo VASCONCELOS (1997, p 37), o método de educação popular é uma estratégia de intervenção (e portanto mais assimilável à cultura intervencionista do setor de saúde), que prioriza a criação de espaços de diálogos em que problemas específicos são debatidos de uma forma que valoriza a explicitação e incorporação dos saberes e reflexões dos cidadãos envolvidos.

Neste momento, o sonho da concretização do produto educativo em saúde dependia de ações futuras. Todas as decisões e o planejamento integrado basearam-se nos ensinamentos dos módulos teóricos do nosso curso.

Confesso que no início deste projeto, o entendimento do produto estava em fase de processamento e as informações um pouco confusas. Na minha humilde e ingênua percepção não compreendia que a sua construção prescindiria de vivência e protagonismo mútuo.

O protagonismo, um dos pilares fortes do modelo pedagógico, só ocorre pela participação efetiva do estudante nas atividades propostas pelo docente. Nenhum estudante se torna protagonista de seu processo formativo apenas ouvindo aulas expositivas. As metodologias ativas têm a função de envolver o estudante nas etapas da aula. Isso se torna-se factível quando desafios propostos são interessantes,

fizerem sentido e estiverem conectados com a prática. (DEBALD, GOLFETO, 2016, p 31)

Um mundo de novidades. Novas janelas do saber e reflexões contínuas. Desde os primeiros encontros, a premissa era a inexistência da verdade absoluta. Deveríamos entender o outro na sua especificidade e singularidade.

Ao longo do curso, tudo foi se encaixando como um grande quebra-cabeça e as estratégias a serem utilizadas mais nítidas e claras. Na verdade, percebo que as respostas apareceram de forma natural, motivadas pela vivência no curso e ao longo dos encontros com os agentes comunitários. As ferramentas de metodologias ativas não eram apreendidas de um dia para o outro, mas sim por meio da vivência e maturidade. Enfim, o disparo reflexivo em meio a insegurança e dúvidas ocorreria com a certeza de que ao longo do projeto cometera erros e acertos.

Dessa forma, a metodologia educacional empregada foi baseada nos princípios da pedagogia crítica, transformadora e abrangente, pela qual os profissionais da saúde e a comunidade tornam-se participantes ativos do processo de aprendizagem e, portando, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação de um projeto educativo.

Tal mudança é requerida para desenvolver no aluno a autonomia, o autodidatismo e o protagonismo, elementos indispensáveis para que a elaboração do conhecimento seja mais sólida e significativa.

O início deste percurso metodológico ocorreu ao final do mês de julho de 2017. A proposta deste primeiro encontro foi uma roda de conversa com os agentes comunitários de saúde que compõem as duas equipes da Unidade Maria Verônica. Partilhei a minha participação no curso de metodologias ativas, bem como, explicitiei a construção do produto educativo em saúde.

Iniciamos o encontro com a realização de uma breve dinâmica. Utilizando um painel flipchart e canetas coloridas, cada agente comunitário escreveu quatro palavras em locais distintos. Todos foram convidados a escrever uma palavra que representasse você como pessoa, outras duas palavras que representassem aspectos positivos e negativos do trabalho com a equipe de saúde da família e a última palavra que representasse a educação em saúde como ferramenta fundamental de trabalho.

A experiência mostrou que o uso do flip chart é oportuno nesse momento, desde que se tenha o cuidado para que o relator não fique completamente fora da roda de discussão,

pois, ainda que tenha uma função diferenciada, ele não pode de maneira alguma deixar de se envolver no grupo

O painel foi estruturado sequencialmente de forma que todos escrevessem a primeira palavra que representasse você como pessoa, a segunda e a terceira pertinentes aos aspectos positivos e negativos do trabalho com a equipe de saúde da família e finalizando com a terceira palavra associada ao processo de educação em saúde.

A roda de conversa mostrou-se democrática e interativa. Os agentes comunitários de saúde, a partir da compreensão da realidade da comunidade, analisaram potencialidades e fragilidades no processo de educação em saúde, bem como, desafios nos processos de trabalho.

A reflexão da prática da educação em saúde evidenciou algumas necessidades e prioridades a serem trabalhadas pela equipe. Dentre estas, a ausência de orientações contínuas e o acompanhamento de grupos específicos ou linhas de cuidado. Dentre os grupos específicos ou linhas de cuidado, os agentes comunitários de saúde destacaram a importância da melhoria no acompanhamento da saúde bucal dos idosos de suas microáreas.

Os agentes comunitários relataram o crescimento da população idosa de suas microáreas, bem como a realidade deste grupo às vezes esquecido e marginalizado e a diminuição da procura por serviços odontológicos.

Historicamente, as ações preventivas e educativas em saúde bucal foram tradicionalmente dirigidas às crianças e gestantes, em ações individuais ou coletivas. Os cuidados destinados à população idosa têm sido sistematicamente excluídos das programações de saúde bucal em nível coletivo, ficando restritos às ações em pacientes que procuram individualmente os serviços da odontologia, sobretudo no âmbito particular.

Conforme dados do IBGE (2010, p 18) o último censo demográfico demonstrou um aumento da população idosa em virtude do aumento da sua expectativa de vida. O atendimento ao idoso requer uma maior e mais diversificada atenção da classe odontológica a esse grupo.

Detectei a existência de lacunas de conhecimento traduzidas pela ausência de informações dos próprios agentes comunitários acerca de saúde bucal do idoso. Como poderíamos contribuir para a melhoria da saúde bucal do idoso.

A geriatria, bem como a odontogeriatrics, busca cada vez mais aumentar o tempo de vida do homem, mantendo-o preservado com relativa saúde, mas com alegria de viver, entendendo que a fase final da vida deve ser encarada como uma etapa que também tem seus encantos e que permite uma existência feliz e recompensadora. (MONTENEGRO, MARCHINI, 2013, p 22)

Especificamente para o grupo de idosos, as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal apontam que “a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida”. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de

idosos na unidade de saúde, em instituições e casas de repouso desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode-se, igualmente, garantir atendimento clínico individual do idoso, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para esse grupo, devem-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso. (BRASIL, 2001, p 67)

A compreensão da realidade diagnóstica educativa permitiu a delimitação do tema proposto. A partir de agora, o desafio era a escolha da ferramenta educacional que proporcionaria o desenrolar do projeto. Qual instrumento educativo potencializaria os saberes prévios em saúde bucal do idoso dos agentes comunitários, proporcionando um acompanhamento mais resolutivo e eficiente aos idosos de suas microáreas? Reafirmamos a importância do agendamento de novos encontros e a participação de todos.

Neste sentido, o público alvo do nosso projeto seriam os agentes comunitários de saúde. O empoderamento dos agentes comunitários em saúde bucal oportunizaria um melhor acompanhamento aos idosos, traduzido pela melhoria na qualidade de vida deste grupo. A delimitação do tema proposto apresentou-se desta forma: Narrativas: Uma aprendizagem significativa para os agentes comunitários.

## **2- MATERIAL DIDÁTICO**

Esta etapa caracteriza-se pela descrição de todo o planejamento da intervenção. Lembrando que o material didático deve conter a fundamentação, recursos utilizados e a intencionalidade pedagógica. Na verdade, por trás de cada material, se esconde uma visão de educação, do homem e de mundo; ou seja, existe, subjacente ao material, uma proposta pedagógica que o justifica.

Ao aluno deve ser dado o direito de aprender. Não um “aprender” mecânico, repetitivo, de fazer sem saber o que faz e por que faz. Muito menos um 'aprender' que se esvazia em brincadeiras. Mas um aprender significativo do qual o aluno participe raciocinando, compreendendo, reelaborando o saber historicamente produzido e superando, assim, sua visão ingênua, fragmentada e parcial da realidade.

O material deve ser fundamental para que isto ocorra. Neste sentido, o material mais adequado, nem sempre, será o visualmente mais bonito e nem o já construído. Muitas vezes, durante a construção de um material o aluno tem a oportunidade de aprender conteúdos em saúde de forma mais efetiva.

Em outros momentos, o mais importante não será o material, mas sim, a discussão e resolução de uma situação problema ligada ao contexto do aluno, ou ainda, à discussão e utilização de um raciocínio mais abstrato.

As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos. Se queremos que os alunos sejam proativos, precisamos adotar metodologias em que os alunos se envolvam em atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar os resultados.

Dividimos a descrição dos materiais didáticos em três fases: síntese da realidade, intervenção e avaliação do processo educacional.

### Síntese da realidade

Local: Sala de espera da unidade de saúde.

Material didático: Flip chat, Pincéis permanentes coloridos, papel A4, lápis, borrachas e cartolinas brancas.

Público: 12 pessoas.

Horário: 10:15 minutos.

Duração do encontro: 80 minutos.

Estratégia: Roda de conversa.

Intencionalidade pedagógica: Explicação do produto educativo em saúde e definição de sua temática, bem como, a reflexão dos processos de trabalho em saúde da família e a sensibilização do grupo para a construção mútua.

### Primeiro encontro da intervenção

Local: Consultório odontológico da unidade de saúde.

Material didático: Chapéu de palha com espelho no fundo, recortes e figuras de revistas e jornais, notebook, caixas de som, papel A4, caneta esferográfica e impresso com a encomenda da narrativa.

Público: 7 pessoas.

Horário: 14:30 minutos.

Duração do encontro: 120 minutos.

Estratégias: Dinâmicas: Chapéu de palha com espelho e recortes e figuras. vídeo



motivacional: Juntos fazemos melhor e a encomenda da narrativa.

Intencionalidade pedagógica: Promover a adesão, integração e responsabilização do grupo pelo produto educativo em saúde .

#### Segundo encontro da intervenção

Local: Consultório odontológico da unidade de saúde.

Material didático: Flip chat, pincéis permanentes coloridos, papel A4, lápis, borracha, cartolinas brancas e narrativas impressas.

Público: 9 pessoas.

Horário: 14:30 minutos.

Duração do encontro: 140 minutos.

Estratégia: Processamento de narrativas.

Intencionalidade pedagógica: Promover a construção do saber a partir de conhecimentos prévios. Refletir as problematizações, suas hipóteses explicativas e possíveis soluções.

#### Avaliação da intervenção

Local: Consultório odontológico da unidade de saúde.

Material didático: Impresso avaliativo, canetas esferográficas.

Público: 9 pessoas.

Horário: 16:30 minutos.

Duração do encontro: 20 minutos.

Estratégia: Avaliação da atividade: Autoavaliação, avaliação da equipe e do facilitador.

Intencionalidade pedagógica: Avaliar a intervenção educativa. Refletir as potencialidades, fragilidades e desafios.

### **3- DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Esta etapa descreve de forma explicativa e reflexiva as intervenções realizadas. São descritos os elementos observados, permitindo desta forma reavaliações e ajustes necessários ao longo do processo. A intervenção propriamente dita foi concretizada após a conclusão da síntese da realidade. Foram planejados dois encontros.

O primeiro encontro contou com a presença de sete agentes comunitários. Ocorreram algumas ausências em decorrência de férias e atestados médicos. Este percurso educacional iniciou por meio da realização de duas dinâmicas. Foi muito proveitoso e marcado por sensibilização e emoção.

A primeira dinâmica buscou o relaxamento dos agentes comunitários, quebrando a curiosidade e a tensão inicial do encontro. Um chapéu de palha foi passado de mão em mão. Cada participante foi convidado a olhar para o fundo do chapéu, que possuía um espelho colado no fundo e em seguida dizer o significado do seu nome, a sua relação com o seu nome, enfatizando a sua história de vida. Cada qual relatou um pouco de sua trajetória. Buscou-se um clima de afetividade e integração.

Na segunda dinâmica, dispostos em círculo e sentados, distribuimos várias figuras e recortes de revistas e jornais no chão. Estas figuras ou imagens representavam várias situações e momentos de vida. Cada participante foi convidado a escolher uma ou mais figuras que retratavam como se sentiam naquele momento, ou seja, qual era o seu sentimento associado a figura escolhida.

Neste momento observou-se um relaxamento e um desprendimento maior. Pareciam crianças despojadas, brincando em uma roda de sentimentos. Todos abriram o seu coração, refletindo a sua vida e o seu trabalho.

A dinâmica também foi marcada por surpresas. Logo no início, uma agente comunitária não conseguia relacionar nenhuma figura ao seu momento de vida e chorou copiosamente.

A equipe percebendo aquela situação mostrou-se sensibilizada e disposta a ajudá-la no que fosse preciso. Percebi que problemas de ordem pessoal refletiam na participação da dinâmica, ou seja, refletiam diretamente nos processos de trabalho.

Na sequência do encontro foi exibido um vídeo: Trabalho em equipe - Juntos fazemos mais e melhor. Endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=twg9Sct76UE>. Esta ferramenta áudio visual objetivou a importância e a motivação do trabalho em equipe.

Os recursos audiovisuais têm sido frequentemente utilizados como facilitadores no processo-ensino aprendizagem. A produção de documentários, vídeos e animações para uso específico em sala de aula tem se multiplicado e facilitado a utilização de tais recursos, em especial, por se encontrarem disponibilizados de forma gratuita na internet. (MAESTRELLI, FERRARI, 2006, p 37)

Segundo Timm (2004, p 6), a motivação para o direcionamento da atenção do aluno é outro fator importante a ser levado em consideração, contribuindo, desta forma, para o acesso ao conteúdo. Por ser uma atividade lúdica e prazerosa, o filme prende a atenção dos discentes e ajuda no desenvolvimento das relações humanas, uma vez

que o aluno pode debater com seus pares e trocar informações para aprofundamento e construção do conhecimento.

As emoções apresentadas na tela desempenham funções pedagógicas, afetivas, interpretativas e experimentais favorecendo que os participantes reflitam acerca de si e do mundo que os cerca.

Blasco (2006, p 28) ressalta a importância de educar a afetividade do aluno no processo educacional, uma vez que as emoções dele não podem ser desprezadas nesse processo. As imagens e emoções apresentadas na tela constituem caminhos alternativos que estimulam a racionalidade. Pode-se dizer que o cinema desempenha um papel de “educador sentimental”.

As artes cinematográficas e os vídeos estimulam a avaliação crítica e a afetividade.

O trabalho em equipe, segundo Testa, não implica eliminar as diferenças que são possivelmente necessárias e convenientes, que podem ser utilizadas como instrumento no avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho e do próprio serviço produzido. (TESTA, 1995, p 251)

Ao final deste encontro, solicitei a encomenda da narrativa sobre vivências e relatos das práticas em saúde bucal do idoso. A construção da narrativa deveria retratar uma vivência de acordo com o trabalho dos agentes nas microáreas. Tais narrativas possibilitariam a identificação dos saberes prévios e lacunas de conhecimento dos idosos, bem como, suas problemáticas e necessidades.

Na proposta da narrativa solicitei a sua construção retratando uma vivência em educação em saúde bucal do idoso de acordo com as práticas e visitas dos agentes comunitários de saúde. Solicitei que fosse digitada em folha de papel A4 com fonte arial 12.

Este encontro durou cerca de 120 minutos. Concluí a atividade com um lanche compartilhado e com o agendamento do próximo encontro para o mês seguinte.

O segundo encontro ocorreu no final da primeira quinzena de dezembro de 2017, iniciando às 14:30 minutos. Conteí com a presença de nove participantes. A única possibilidade de utilização de espaço físico com menos interferências e barulho foi o consultório odontológico. Providenciamos cadeiras para todos os participantes. O percurso que finalizou o produto educativo foi através da problematização com a utilização de processamento de narrativas.

A problematização é um método para a resolução de problemas a partir da observação do cotidiano. Visa despertar e preparar o estudante a tomar consciência da realidade e tentar transformá-la para contribuir para a melhoria da sociedade, tornando-a mais digna para o ser humano. O método do Arco de Maguerez, que é a base para se entender a problematização, consta de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da mesma: observação da realidade; pontos chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade. (BORDENAVE, PEREIRA, 1998, p 25)



É salutar que sejam respeitados cada uma das etapas definidas no arco de Maguerez, pois negligenciar ou saltar uma ou mais etapas compromete o resultado final. Desta forma é possível buscar evidências e elencar propostas de solução. A aprendizagem baseada em problemas é utilizada com o propósito de que os trabalhadores da área da saúde adquiram o conhecimento de forma significativa e não meramente mecânica.

Entretanto, apenas a aplicação de novas estratégias de ensino não garante que o estudante realmente aprenderá o novo conteúdo. Para que isso aconteça são necessárias duas condições: disposição para aprender e que o conteúdo abordado seja interessante e significativo. (BERBEL, 1998, p 144)

Assim, quando um sujeito adquire, incorpora e, ao mesmo tempo, transforma um novo conhecimento, além de adquirir habilidades e competências antes não existentes, há o processo de Aprendizagem Significativa, no qual o estudante armazena o novo conteúdo e ainda, produz novos significados relacionados e permite a construção de atitudes profissionais desejáveis. (PELIZZARI et al., 2002, p 40)

De posse das narrativas produzidas pelos próprios agentes comunitários, distribuí uma cópia para cada um. A partir daí, solicitei que cada participante escolheria uma narrativa que não fosse a sua produção para leitura em voz alta e o acompanhamento dos demais.

Narrar é uma manifestação que acompanha o homem desde sua origem, podendo ser feita oralmente ou por escrito. Refletir sobre o ato de narrar é quase tão antigo quanto o próprio narrar. (GANCHO, 1998)

O que nos torna humanos é a capacidade de contar histórias, de imaginar, de olhar para o passado o presente e o futuro, reinterpretando-os, reelaborando-os, modificando-os. Cada espaço do nosso cotidiano é um palco onde encenamos nossa vida, que nos orienta sobre o que valorizamos e comunica aos demais o que para cada um de nós é relevante. (MORAN, 2014, p 52)

O trabalho pedagógico com as narrativas da prática está associado à perspectiva de utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tendo em vista mudanças na formação de

profissionais de saúde. O estudo autodirigido caracteriza-se pela busca ativa de explicações para as questões construídas pelo grupo a partir de uma situação-problema. Segue trechos das narrativas.

Narrativa 1- *Ela encontra algumas dificuldades na sua alimentação na questão da mastigação e digestão dos alimentos, pois devido não ter o devido cuidado com os seus dentes, hoje não possui nenhum em sua boca. Infelizmente até hoje ela ainda não possui esta prótese porque ainda está esperando uma ligação do agendamento.*

Narrativa 2- *Ela me disse que seu esposo de 69 anos tinha pedido para se separar dela, por causa que não conseguia mais viver com ela porque ela está com um mal cheiro na sua boca. Então perguntei se ela vinha fazendo escovação diária em sua dentadura e limpeza de sua boca.*

Narrativa 3- *Sempre vejo ela sem dentadura. Ela disse que há dez anos fez, ficou bonita, não machucava. Ela respondeu que toda vez que usava dava coceira nos olhos, ouvido e garganta. O médico te disse que tinha alergia do material da dentadura. Ela tinha que fazer com outro tipo de material. Jogou fora a dentadura e não quis mas saber disso. ... minha gengiva é grossa, eu como tudo, bife, farofa, rapadura, todo tipo de fruta, não sinto falta da dentadura, disse a senhora com seu sorriso banguelo.*

Narrativa 4- *Idosa, reside na área há mais de vinte anos, pacata, veio poucas vezes na unidade. Em uma dessas vezes foi para a avaliação odontológica e encaminhada para colocar prótese dentária. A sua filha procurou agendar. Achando muito demorado o retorno e por falta de tempo da filha, não procurou mais o serviço, estando até o momento sem a prótese. Relatou ter uma prótese superior, porém não utiliza pois sente dores na mastigação, então prefere comer sem dentadura. A idosa reclama da dificuldade de locomoção, por ser muito distante, e sempre depender de alguém. Preferiu não retornar para agendar o serviço ao qual foi encaminhada. Vale ressaltar que a idosa não possui mais nenhum dente.*

Narrativa 5- *O mesmo me relatou que com frequência sente fortes dores nos dentes, e que o trata tomando medicamentos que ele compra por conta própria na farmácia. O paciente relatou que iria procurar a UPA. Informei que o posto era para atender os pacientes da área e que ele fosse até a unidade informar-se. O mesmo se recusou e reafirmou que iria procurar outro local.*

Narrativa 6- *Em uma visita domiciliar uma idosa perguntou se o dentista atendia ela, para falar sobre a sua dentadura que estava apenas com 8 dentes para ele colar, pois tinha que ir para uma festa. Marquei o atendimento com o dentista e depois de alguns dias a*

*mesma estava muito feliz por ter ganho uma dentadura nova. Ela se surpreendeu em ter ganhado uma nova dentadura e ficou muito agradecida.*

*Narrativa 7- Idoso mora no bairro há mais de 20 anos. Já passou por vários circunstâncias, por motivo de não ter condições de pagar para fazer o tratamento de seus dentes. As pessoas me olham de forma diferente, por ter meus dentes prejudicados. No tempo de sua infância, não teve orientação alguma. Ultimamente está precisando de um tratamento mais sério, tendo que extrair alguns dentes, colocar prótese e fazer uma limpeza.*

Ao final da leitura de cada narrativa, destacamos a identificação de problemas, suas hipóteses explicativas e possíveis soluções. Esta reflexão era acompanhada por anotações em cartolina fixada no painel flipchart. O painel foi construído a partir das observações dos agentes.

O processamento com as narrativas permitiu a identificação de problemas, a reflexão sobre hipóteses explicativas e possíveis soluções a serem aplicadas na rotina da assistência. De acordo com as três colunas confeccionadas, destaco alguns tópicos levantados ao longo do encontro.

Na identificação de problemas: dificuldade de mastigação, preconceito pela má saúde bucal, ausência de orientações na infância, baixa frequência de visita à unidade de saúde, automedicação, dependência de outra pessoa, demora no agendamento e ou dificuldade para agendamento de prótese, alergia do material da prótese e mal hálito.

As narrativas foram construídas pelos próprios agentes comunitários, a partir de suas experiências nos cenários de integração ensino-trabalho-cidadania. Através do debate, a facilitação provocou indagações e reflexões, suscitando o desenvolvimento de competências capazes de serem mobilizadas em outras situações da realidade.

Para Rodgers (2002, p 857), o processo reflexivo, caracterizado como um tipo de pensamento atrelado à ação e que demanda uma ação qualificada diferente da rotineira tornou-se um dos elementos mais importantes para se compreender a construção do conhecimento prático-profissional.

Segundo Cunha (1997), o processo de narrar a própria experiência possibilita ao sujeito reconstruir sua trajetória e lhe oferecer novos sentidos, estabelecendo uma relação dialética entre experiência e narrativa, mediada por processos reflexivos.

A construção deste painel proporcionou a análise crítica e reflexiva do tema proposto. Esta ferramenta pedagógica possibilitou o empoderamento dos agentes comunitários refletindo em novas práticas, surgimento de ideias, direcionamento de soluções e implementação de melhorias e processos que favoreçam a população idosa.

A prática profissional configura um encontro entre o sujeito da aprendizagem e a realidade social. Por isso, é importante criar nos processos de formação em saúde

oportunidades de observar as situações e sistematizá-las em narrativas que favoreçam uma reflexão sobre a prática. O trabalho pedagógico com narrativas da prática permite inferir a possibilidade de construção de novos significados a partir de experiências reais vivenciadas.

De acordo com John Dewey (1959, p 32), a educação pode ser definida como uma reconstrução da experiência. Neste sentido, o desenvolvimento da capacidade dos estudantes e do professor de refletir sobre o vivido, reconstruindo-o, deveria ocupar um lugar central nos processos de educação escolar.

Para Dewey (1976, p 64), não há aprendizagem genuína em processos divorciados da experiência, em que se memorizam fatos sem perceber relações, gerando um conhecimento destituído de significado para o ser que aprende. O sentido do processo é vital para que uma experiência seja educativa. Sem isso, o estudante não toma o processo de aprendizagem como algo relacionado a si. O estudo se apresenta como uma obrigação sua enquanto aluno, como uma exigência da escola, do professor, como algo útil para obtenção de bons resultados nos exames, mas que não se relaciona com a sua vida.

A proposta de formulação das narrativas ou relatos da prática pelos estudantes procura atender também à prerrogativa da identificação do problema como autêntico e relevante para o seu estudo e para construção da competência profissional, aproximando a sistematização do conhecimento do seu significado prático.

As narrativas permeiam a vida das pessoas desde a infância, na família, na escola, às grandes narrativas sobre o mundo e a vida, interessando a vários campos como a arte e as ciências. (CASTELLANOS, 2014)

Ao final do processamento das narrativas e da construção do painel, observamos e analisamos a realidade e os principais problemas em saúde bucal vivenciados pela população idosa. A contribuição dos agentes foi imprescindível, pois eles convivem e acompanham este grupo através das visitas domiciliares.

Eles próprios confirmavam a identificação dos problemas cotidianos, bem como, apresentavam as justificativas e suas possíveis soluções. Na maioria das vezes, os problemas citados pelos idosos nas narrativas eram confirmados pelos agentes. Os agentes comunitários se empolgaram com o encontro sugerindo soluções simples e implementação de novas práticas na rotina do nosso trabalho com os idosos. Eles protagonizaram a construção de soluções para os problemas apresentados, bem como, sugeriram que o projeto ganhasse um nome e tivéssemos atividades e encontros periódicos.

O emprego das narrativas como modo de construir conhecimento possui um enfoque específico de investigação, com características próprias de credibilidade e legitimidade, que diferem dos métodos lógicos-científicos. Sustenta que essas diferenças não diminuem sua principal contribuição: representar um conjunto relevante de dimensões da experiência humana, que incluem sentimentos, intencionalidade, desejos, singularidade, entre outros. (BOLÍVAR, 2002, p 4)

O Projeto teria o nome de “Sorriso não tem idade”. Eles foram além da proposta do

processamento de narrativas com sugestões de confecção de painel para quem já tratou os dentes e ou colocou a prótese após o encaminhamento, encontro para show de talentos, produção de uma peça teatral idealizada pelos agentes e etc. Todas estas sugestões visavam a motivação dos idosos para a melhoria da procura e adesão ao serviço odontológico. Estas práticas trariam a melhoria da condição de saúde bucal do idoso, bem como, a melhoria da sua qualidade de vida.

Várias foram as sugestões, todas elas favorecendo o acompanhamento e a atenção do público idoso. Além das sugestões para este grupo em questão, sugeriram que outros grupos fossem trabalhados utilizando metodologias ativas. Percebi a alegria e a motivação dos agentes

Duas condições importantes para a ocorrência da aprendizagem significativa são: um material potencialmente significativo e a disposição do aprendiz para relacionar a nova informação à sua estrutura cognitiva. (AUSUBEL, NOVACK, HANESIAN, 1980)

Este encontro representou a etapa conclusiva do produto educativo em saúde. Esta ferramenta educacional permitiu a reflexão de identificação de problemas, suas hipóteses explicativas e a busca de soluções.

Entendo que todas as etapas do processo tiveram a mesma importância. Desde o início, cada encontro gerava amadurecimento, reflexão e suporte para a realização da próxima etapa. O processamento das narrativas somente concretizou o projeto, abrindo novas possibilidades da utilização de metodologias ativas nos processos de educação em saúde com toda a equipe da unidade. Mais do que uma sequência de encontros objetivando o PEDS, este trabalho representou a construção de conhecimento a partir da realidade diagnóstica educativa e dos saberes prévios. Constituiu-se em potente estratégia de construção do conhecimento, ampliando a percepção da própria realidade e servindo para dar sentido prático ao conhecimento.

Perrenoud (2002, p 36) propõe essa discussão quando lembra que parte dos estudantes prefere absorver saberes a refletir. De uma forma geral, essa postura mais passiva, que “os habituou a fazer sem questionar muito”, ainda está presente em suas formações até a universidade. Logo, eles podem resistir ou ter dificuldade no novo processo de ensino-aprendizagem, que lhes exige maior envolvimento. Nesse sentido, as narrativas da prática podem auxiliar os estudantes na tomada de uma postura mais ativa e autônoma.

O trabalho com as narrativas da prática requer o desenvolvimento e a expansão da capacidade de observação, de registro e de interpretação de fatos. A narrativa estimula a curiosidade dos estudantes que avaliarão a sua relevância e sua pertinência em relação às necessidades de aprendizagem do grupo.



A concretização do PEDS abre uma imensa janela de possibilidades de redefinições e redirecionamentos de novos processos de educação em saúde.

O trabalho com as narrativas da prática foi motivador. Elas frequentemente colocam os participantes diante de situações novas, desconhecidas e imprevistas, o que demanda um processo de reconstrução do conhecimento verdadeiramente compartilhado entre todos.

Pérez Gómez (1992, 102), fala do diálogo entre a prática vivida e as construções teóricas formuladas nesta e sobre estas vivências. A reflexão é um modo de fazer reviver a experiência com a intenção de se aprender a partir dela, em que se desenvolvem novas compreensões e capacidade de juízo crítico.

#### **4- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Baseado na pedagogia socioconstrutivista, teoria desenvolvida por Paulo Freire, avalio esta última etapa do produto educativo a mais importante e expressiva. A avaliação permite a análise de todo o percurso após o término do projeto. Torna-se uma avaliação imparcial e desprovida de vaidade acadêmica.

A nova concepção do empowerment, um conceito chave da promoção da saúde, que conduz às mudanças sociais e isso é o resultado da aquisição de conhecimento relativo a capacidades discursivas, cognitivas e processuais. (CARVALHO, 2004, p 1090)

Na educação, o empowerment ocorre em um contexto de aprendizado dialógico, no qual educadores e educandos são sujeitos de um processo educativo, e as oportunidades de conhecimento são criadas com a participação de ambos os sujeitos. (FREIRE, 2005, p 24)

O objetivo agora é destacar os desafios, as potencialidades, as fragilidades, os erros, os acertos. Esta reprodução nos direciona para o autoconhecimento e para a melhoria nas próximas intervenções educativas. O olhar para dentro de si, visualizando seus limites, suas limitações e seus desejos. É se enxergar como potencial transformador da realidade em transformações.

Avaliar é exercitar o poder de humildade, paciência, tolerância e dependência do outro.

É enxergar o ser humano como semelhante. É aprender a respeitar a sua opinião, o seu momento, a sua singularidade. Como seres interdependentes, deveríamos ter a capacidade de colocar em evidência o melhor do outro. Avaliar é um exercício de serenidade e bom senso. É o entendimento e a compreensão de que as resposta para as discordâncias e conflitos estão dentro de nós mesmos. Avaliar é respeitar o outro.

Esta ferramenta educativa evidenciou o poder da construção do saber mútuo e suas

consequências. A somatização dos conhecimentos prévios concretiza possibilidades, resoluções e crescimento profissional. Na problematização, a relação ação-reflexão-ação possibilitou experiências significativas com valorização do pensamento coletivo, possibilitando uma aprendizagem fecunda.

A conquista do conhecimento é resultado da atividade cognitiva dos alunos e professores que, individualmente e coletivamente, elaboram e encontram novos “buracos negros” a serem desvelados, num processo permanente de questionamento, análise, reflexão, composição e recomposição, perebendo as múltiplas dimensões e inter-relações. (ROMANOWSKI et al., 2006, p 128)

Contempla-se a construção constante e cíclica de um sujeito autônomo, liberto para o conhecimento, um pensador livre, crítico, criativo e responsável perante o contexto social em que está inserido. O deslocamento ao longo de todo o processo permitiu mudanças no modo de pensar e agir dos sujeitos envolvidos.

O produto educativo mostrou-se em constante movimento. O projeto realizado e construído por pessoas exigiu constantes reavaliações e reflexões. Destaco as seguintes potencialidades: utilização de estratégias educacionais variadas (roda de conversa, dinâmicas, vídeo motivacional e narrativas). Tais instrumentos possibilitaram a análise crítica e reflexiva evidenciando habilidades e valores atitudinais. Protagonismo mútuo com participação interativa. Adesão ao projeto. Alegria nos encontros. Registro fotográfico dos encontros. Motivação para a implementação de novas práticas educativas. Possibilidade de intervenção em outros grupos de atenção à saúde.

Destaco as evidentes fragilidades: local dos encontros inadequado. Distanciamento dos intervalos dos encontros. Ausência de um acordo de convivência nos primeiros encontros. Atraso de alguns participantes. Dificuldade na marcação dos encontros, dificuldade em conciliar a agenda de todos os participantes. Encontros à tarde (pela manhã seria mais produtivo). Ausência da participação de toda a equipe da unidade. Ausência de Datashow. Ausência de música no início dos encontros. Ausência de lembrança ao término do encontro. Ausência de material didático entregue aos participantes ao final de cada encontro. Poderia ser um texto ou reflexão do que foi trabalhado no dia. Ausência de folheto com lembrete do próximo encontro, entregue no dia anterior. Ausência de avaliações a cada encontro. Tempo reduzido para aplicação do instrumento avaliativo final. Encomenda da narrativa com poucas informações. Tempo curto para avaliação do encontro. Unidade em funcionamento no momento do encontro. Ausência da criação de grupo de wathssap. Ausência da postagem de fotos dos encontros no grupo de wathssap da unidade.

A facilitação é uma ciranda, um eterno vir a ser, seja pela sua condição complexa, seja

pela sua construção contínua. Reflexão contínua do pensar e agir dos participantes. Procurei desafiá-los a refletir sobre a sua prática profissional. Facilitar reque paciência pedagógica e a compreensão das dificuldades e limitações de cada um.

Foi um movimento de travessia, às vezes dura. Para atravessar este território da dureza foi necessário sensibilidade e diálogo. A travessia é aproximação, é conhecer saberes diferentes, é reinventar nossas práticas, desintegrado do ato mecânico e amorfo. O facilitador não pode ignorar a si mesmo, e fingir que nada sabe. Ao contrário, é sujeito ativo e carrega a sua história. Precisa ser sujeito pedagógico, integrado, comprometido e ético. Não pode se anular no processo, precisa ser sujeito capaz de conviver com outros sujeitos que sabe que possuem experiências e saberes válidos. A facilitação me ensinou que o facilitador não tem respostas prontas, mas sim habilidades comunicativas para ser capaz de aparecer sem apagar, brilhar sem ofuscar, responder perguntando e perguntar para responder.

Autoavaliar-se é olhar para dentro de si. Enxergar-se como sujeito em plena movimentação pedagógica. É auto reflexão sobre o seu comportamento. É observar-se buscando a melhoria na condução e no desempenho do projeto. Esforço para manter a mediação e facilitação, deixando-os protagonizar. Destaco alguns elementos da minha autoavaliação: boa interação com os agentes comunitários, ansiedade para os encontros, preocupação com o cumprimento dos horários, preocupação excessiva com o cumprimento do cronograma da atividade do dia, poderia ter utilizado roupas mais descontraídas, melhoria do entendimento do ser humano.

Me esforcei para este caminho viável. Ao final do processo descrito ficou ainda mais evidenciada a potencialidade das narrativas como percurso metodológico em pesquisas qualitativas na área de saúde. Percebi a coerência entre as exigências dos agentes comunitários e as ferramentas pedagógicas escolhidas, traduzidos em vivências significativas para uma boa atuação profissional. Finalizo este trabalho com a certeza do esforço, dos erros e da convicção do valor de ter realizado todo este processo pedagógico. Este trabalho têm um valor incomensurável. Trajetória marcada essencialmente pelo crescimento pessoal.

Valor infinito do autoconhecimento. O ser humano em constante caminhar. Caminho com idas e voltas, encontros e reencontros, alegrias e tristezas. O valor está no caminhar. Caminhar em direção ao próximo, compreendendo a necessidade de entendê-lo, amá-lo e colocar-se no seu lugar. Agregar valor ao ser humano é resignificar-se eternamente.

A alegria não chega apenas no encontro do achado mas faz parte do processo da busca. Ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

(FREIRE,2005)

### **REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE VS, GOMES AP, REZENDE CHA, DIAS OV, LUGARINHO RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 356-62, 2008.

AUSUBEL D, NOVAK J, HANESIAN H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BERBEL NAN. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes termos ou Diferentes Caminhos? **Interface comun. saúde educ.** 1998;2(2):139-54.

BLASCO PG. **Educação da Afetividade através do cinema**. São Paulo: IEF; 2006.

BOLÍVAR A. "¿De nobis ipsis silemus?": epistemología de la investigación biográfica-narrativa en educación. **REDIE**, Granada, 4(1), 2002.

BORDENAVE JD, PEREIRA AM. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2000: manual do examinador**. Brasília - DF, 2001.

CARVALHO, SR. The multiple meanings of empowerment in the health promotion proposal. **Cad Saúde Pública**. 2004;20(4):1088-95.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, Abr. 2014. Acesso em 10 dez. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232014194.12052013>.

CUNHA, MI. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010225551997000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010225551997000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31/01/2018

DEBALD BS, GOLFETO NV. **Protagonismo Estudantil e Metodologias Ativas de Aprendizagem em Tempos de Transformação na Educação Superior**. 2016.

DEWEY, J. **Democracia e educação**. São Paulo: Editora Nacional, 1959.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. São Paulo: Editora Nacional, 1976.

FAUSTO MCR, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SEIDL H, GAGNO J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saude Debate** 2014; 38(n. esp.):13-33.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 41a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

GANCHO, CV. **Como analisar narrativas**. 5.ed. São Paulo: Ática, 1998.

GASKEL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64 – 89.

GAZZINELLI, MFC. et al. **Educação em saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

IERVOLINO SA, PELICIONI MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 35, n. 2, p.115-21, jun. 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). **Censo Demográfico 2010** [acesso em 25/01/2018]; Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm)>.

KRINGOS DS, BOEMA WGW, BOURGUEIL Y, CARTIER T, HASVOLD T, HUTCHINSON A, LEMBER M, OLESZSZYK M, PAVLIC DR, SVAB I, TEDESCHI P, WILSON A, WINDAK A, DEDEU T, WILM S. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. **BMC Family Practice** 2010; 11(1):81.Brasil.

Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2011.

LIMA C M G, WATANABE MGC, PALHA PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Pediatria** (São Paulo). n. 28, v. 3, p.191-8, 2006.

LIMA VV, KOMATSU RS, PADILHA RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface** (Botucatu) [Internet]. 2003 Feb [acesso em 2017 Nov 18];7(12). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100021>.

LUCCHESI R, VERA I, PEREIRA WR. As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.** 2010. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3>>. Acesso: 03 fev. 2018.

MAESTRELLI SRP, FERRARI N. O óleo de Lorenzo: o uso do cinema para contextualizar o ensino de genética e discutir a construção do conhecimento científico. **Genet. Esc.**, v.1, n.2, p.35-9, 2006. Disponível em: <<http://www.geneticaescola.com.br/ano1vol2/02.pdf>>. Acesso em: 7 jan 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde Online. PSF: Contradições e desafios. 2014.** Disponível em : <http://www.datasus.gov.br/cns.htm>. Acesso em 01 de fevereiro de 2018.

MONTENEGRO FLB, MARCHINI L: **Odontogeriatria uma visão gerontológica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MORAN, José. **Construindo novas narrativas significativas na vida e na educação.** In: PORTO, Ana Paula Teixeira; SILVA, Denise Almeida; PORTO, Luana Teixeira. Narrativas e mídias na escola. Frederico Westphalen: URI, 2014. p. 43-58. (Série novos Olhares, v. 7).

PELIZZARI A, KRIEGEL ML, BARON MP, FINCK NTL, DOROCINSKI SI. **Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel.** PEC. 2002;2(1):37-42.

RONCALLI A. G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p. 985-996, mai, 2009.

PÉREZ GOMÉZ, A. **O pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo.** In: NÓVOA, A. Os professores e a sua formação. Lisboa: Dom Quixote, 1992. p.93-114.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

RODGERS, C. Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. **Teach. Coll. Rec.**, v.104, n.4, p.842-866, 2002.

ROMANOWSKI, Joana Paulin; WACHOWICZ, Lílian Anna. **Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos?** ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate (Orgs). Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 6. Ed. Joinville-SC: UNIVILLE,2006. Cap 5, p.121-139.

SCHMIDT, H. **A base lógica de aprendizagem em resolução de problemas.** In: Engel C, Majoor G, Vluggen P. Educação de profissionais de saúde orientada para a comunidade: uma seleção de publicações da Network. Maastricht: Network Publications, 1999.p. 83-90.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002

TESTA, Mário. Estratégia e programação. 1995. In: **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde** (Testa, M.org.) pp. 201-306, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec.

TIMM, M.I. et al. Tecnologia educacional: apoio à representação do professor de Ciência e Tecnologia e instrumento de estudo para o aluno. **RENOTE.** Nov. Tecnol. Educ., v.2, n.2, p.1-10, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle de doenças infecciosas e parasitárias.** Belo Horizonte: Medicina Tropical – Faculdade de Medicina: UFMG, 1997. (Tese para doutorado).