

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Lílian Fernandes Amarante

EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE BUCAL: ANÁLISE
DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Eusébio -CE

2022

Lílian Fernandes Amarante

**EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE BUCAL: ANÁLISE
DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Saúde da Família – RENASF, vinculado ao Pólo Fiocruz / Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

Eusébio - CE

2022

Título do trabalho em inglês: Popular Education and Oral Health: Analysis of educational practices of dental surgeons in Primary Care.

A485e Amarante, Lillian Fernandes.
Educação Popular e Saúde Bucal: Análise das práticas educativas de cirurgiões-dentistas na Atenção Primária / Lillian Fernandes Amarante. -- 2022. 126 f.

Orientadora: Sharmênia de Araújo Soares Nuto.
Dissertação (Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde (RENASF)), Eusébio, 2022.
Bibliografia: f. 99-115.

1. Educação em Saúde. 2. Educação em Saúde Bucal. 3. Atenção Primária.
I. Título.

CDD 617.601

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda Victor Vitorino Holanda - CRB-

1126

Biblioteca Fiocruz Ceará

Lílian Fernandes Amarante

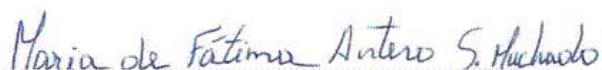
**EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE BUCAL: ANÁLISE
DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - MPSF/ RENASF, vinculado à nucleadora da Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz- Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

COMISSÃO JULGADORA:



Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
Professora orientadora - Presidente da Banca Examinadora



Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil



Dr. Franklin Delano Soares Forte
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo e me guiar em todos os momentos.

Aos meus pais, por me incentivarem e por serem o meu porto seguro.

Ao meu esposo Yuri, pela cumplicidade, pela compreensão e por todo o amor dedicado à nossa família.

Aos meus filhos Yan e Lara (ainda na barriga), por serem minha razão de viver e de querer ser, a cada dia, uma pessoa melhor.

À minha querida orientadora Sharmênia, pela parceria e pelos tantos ensinamentos compartilhados durante todo o processo de elaboração desta pesquisa.

A todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família e à Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade de me proporcionar um mestrado tão rico e repleto de novos conhecimentos.

Aos meus colegas de turma, e em especial às amigas, Gilmara, Líbia, Lorena, Lucélia e Luciana, pelas trocas, pelo incentivo, pelas risadas e por deixar os momentos difíceis muito mais leves.

Aos professores Franklin Delano e Fátima Antero pelas contribuições tecidas em minha banca.

À prefeitura de Fortaleza, por possibilitar a minha liberação para o mestrado.

Aos colegas dentistas da Atenção Primária, pela disponibilidade de participarem dessa pesquisa.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

(Paulo Freire)

RESUMO

A Educação Popular em Saúde (EPS) emerge como prática social enfatizando o diálogo, a amorosidade e a problematização em ações educativas. Na Saúde Bucal, muitas dessas ações ainda se fundamentam na transmissão de conhecimentos, não encorajando a autonomia dos sujeitos. Com a percepção da importância de ações dialógicas e reflexivas, este estudo objetiva analisar as práticas educativas de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, sob a ótica da EPS, identificando também potencialidades, motivações e dificuldades na sua realização. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada com 39 cirurgiões-dentistas do município de Fortaleza-CE, sendo utilizado o método de Análise do Discurso. Foram identificados três *corpus* de análise baseados em três perfis profissionais: passivo, esforçado e empoderado. O dentista passivo prioriza ações preventivas e palestras no ambiente escolar, emergindo a culpabilização da população como o principal dificultador das práticas, sem identificação de princípios da EPS. O dentista esforçado amplia a variedade de ações educativas, tendo como foco a unidade de saúde e uso incipiente de alguns princípios da EPS, mas já apontando motivadores, como a intersetorialidade. O perfil empoderado realiza ações educativas diversificadas como grupos, práticas lúdicas e rodas de conversa, com foco em ações no território, sendo perceptível o uso e conhecimento da EPS no cotidiano desses profissionais. Alguns dificultadores citados foram a vulnerabilidade da população e a demanda reprimida por atendimentos clínicos, não sendo evidenciada a culpabilização, e tendo a intersetorialidade e ações interprofissionais como motivadores. Os três perfis citaram a pandemia e a gestão, principalmente quanto à Educação Permanente, como dificultadores. Foi percebido que apesar da utilização da EPS em ações educativas, ainda há a necessidade de intensificar e direcionar o processo de Educação Permanente utilizando a EPS como orientadora, além de criar estratégias de motivação que enfatizem a importância desses profissionais para transpor barreiras e mudar a realidade a partir de práticas educativas dialógicas, humanizadoras e emancipadoras junto a comunidade.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação em Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Popular Health Education emerges as a social practice emphasizing dialogue, love and problematization in educational actions. In Oral Health, many of these actions are still based on the transmission of knowledge, not encouraging the autonomy of care. With the importance of dialogic, reflective and transforming actions, this study aims to analyze the educational practices of primary care dentists, from the perspective of the principles of popular health, also identifying potentialities, motivations and difficulties in its accomplishment. Data were collected through semi-structured interviews with 39 dentists in the city of Fortaleza-CE, using the Discourse Analysis method. Three analysis corpus were identified based on three professional profiles: passive, hardworking and empowered. The passive dentist prioritizes preventive actions and lectures in the school environment, emerging the blaming of the population as the main obstacle to the practices, the presence of popular health principles was not identified. The hardworking dentist expands the variety of educational practices, focusing on actions in the health unit, with the incipient use of some popular health principles, but already pointing out motivators, such as intersectionality. Empowered profile carries out diversified educational actions such as groups, playful practices and conversation circles, focusing on actions in the territory and use of active methodologies, with the use and knowledge of EPS by these professionals being perceptible. Some obstacles are mentioned, such as the vulnerability of the population and the repressed demand for care, with no evidence of blaming and having partnerships and interprofessional actions as motivators. The three profiles cited the pandemic and management, especially regarding Permanent Education, as obstacles. Health Education practices, there is still a need to intensify and direct the process of Permanent Education using popular health as guiding, in addition to creating motivation strategies that emphasize the importance of these professionals to overcome barriers and change reality from their dialogical, humanizing and emancipatory educational practices with the community.

Keywords: Health Education. Education in Oral Health. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - UAPS citadas pela Gerência Especial em Saúde Bucal da SMS por se destacarem em atividades de Educação em Saúde -----	33
Quadro 2 -UAPS citadas pelas Assessorias Técnicas de Saúde Bucal das Regionais de Saúde -----	34
Quadro 3 - UAPS selecionadas para a amostra do estudo -----	35
Quadro 4 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista passivo. Fortaleza-CE, 2022 -----	42
Quadro 5 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista esforçado. Fortaleza-CE, 2022 -----	56
Quadro 6 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista empoderado. Fortaleza-CE, 2022 -----	72
Quadro 7 - Resumo Comparativo entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022-----	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados do estudo. Fortaleza-CE, 2022 ---- 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise do Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
IHB	Instrução de Higiene Bucal
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
SER	Secretaria Executiva Regional
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sus
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	18
3.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	20
3.3 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	27
4 MÉTODO	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 ÁREA DO ESTUDO	32
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	32
4.4 DESENHO AMOSTRAL	33
4.4.1 Tamanho amostral	33
4.4.2 Seleção e recrutamento amostral	35
4.5 COLETA DE DADOS	35
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 DENTISTA PASSIVO	42
5.1.1 Os princípios da EPS e o perfil passivo	55
5.2 DENTISTA ESFORÇADO	55
5.2.1 Os princípios da EPS e o perfil esforçado	69
5.3 DENTISTA EMPODERADO	71
5.3.1 Os princípios da EPS e o perfil empoderado	86
5.4 SUMARIZANDO AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS PERFIS PROFISSIONAIS	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A - PROJETO DE PESQUISA	116

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ---	119
ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA -----	123

1 INTRODUÇÃO

Educação em Saúde é o processo educativo de construção de conhecimentos que envolve as relações entre os profissionais de saúde, os gestores que apoiam esses profissionais e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Pode ser definida ainda como sendo o conjunto de atividades que sofrem influência e modificação de conhecimentos, atitudes e comportamentos, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo (BRASIL, 2009; FERREIRA et al., 2014).

Atuando como um processo pedagógico, a Educação em Saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO; VIEIRA, 2007).

A Educação em Saúde se constitui, ainda, como um instrumento para a Promoção da Saúde por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários na expectativa de superar o modelo biomédico e abranger os multideterminantes do processo saúde-doença (RAMOS, 2018).

Na medida em que as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir, percebe-se toda ação de saúde como uma ação educativa. Dessa forma, o trabalhador de saúde possui um importante papel de educador, uma vez que ele é um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões do mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais. A Educação e a Saúde são, portanto, práticas sociais inseparáveis e interdependentes, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde (BUSS, 1999; VASCONCELOS, 2009).

Tendo como objetivo o apoio e o estímulo dos sujeitos e de suas famílias para que se tornem agentes da promoção e da proteção de sua saúde, os profissionais de saúde devem desencadear um processo educativo no qual a

transmissão de conhecimentos e de novas práticas em saúde sejam horizontais e não hierárquicos (BRASIL, 2007).

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades do usuário insere-se em um discurso emergente de Educação em Saúde – o modelo dialógico. Também referido como libertador, esse modelo baseia-se na proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades das pessoas e tem o diálogo como instrumento essencial por meio do qual elas se tornam capazes de refletir criticamente sua realidade e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento. As pessoas deixam de ser objetos para assumir o status de sujeitos das práticas educativas, que são realizadas a partir da compreensão de seus diferenciados contextos de vida (ALVES, 2005).

Percebe-se, portanto, a importância da reorientação das práticas educativas, estimulando o trabalho participativo e intersetorial, estabelecendo estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las (FLORES, s/d).

No contexto da Saúde Bucal, a Educação em Saúde é preconizada pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), constituindo em uma importante ferramenta para redução de riscos e mudanças de cenários epidemiológicos. Além disso, a saúde bucal é parte integrante e essencial da saúde do indivíduo, devendo o cirurgião-dentista na APS assegurar a sua população adscrita a integralidade da assistência, aliando a atuação clínica à prática preventiva e educativa (BRASIL, 2004; ALVES, 2011).

As práticas de Educação em Saúde Bucal devem considerar, portanto, a influência de determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde da população. No entanto, estudos evidenciam que essas ações ainda se encontram fundamentadas na transmissão dos conhecimentos, na comunicação unidirecional, com foco na doença e na cura, caracterizando ações centradas no cirurgião-dentista que não encorajam os indivíduos a refletirem e a conquistarem a autonomia do cuidado (MENDES et al, 2017; SILVA; CARCERERI; CLAUDIO, 2017).

Além disso, essas práticas ainda utilizam paradigmas tradicionais de intervenções educativo-preventivas, doença centrado, priorizando o ambiente

escolar e com foco em ações pontuais, como higiene bucal supervisionada, palestras e aplicações de fluoretos (MATOS; GONDINHO; FERREIRA, 2015).

Por ser uma atividade de prática essencialmente intersetorial e interdisciplinar, a Educação em Saúde requer uma construção coletiva e inovadora quer seja no referencial adotado, nas estratégias utilizadas ou nos recursos tecnológicos, deslocando assim o foco da doença e da simples prevenção de agravos para a Promoção da Saúde e a integralidade do cuidado (MACHADO; VIEIRA, 2009; FREITAS, 2010).

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) surge como movimento e prática social na perspectiva de tornar a saúde mais humanizada e em sintonia com a cultura popular. Embasada pelos princípios de Educação Popular (EP) de Paulo Freire, ela valoriza a prática educativa numa perspectiva horizontal da relação entre os sujeitos, incentivando as trocas interpessoais e buscando compreender o saber popular através do diálogo. Esta metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde, desenvolvendo uma análise crítica sobre a sua realidade (VASCONCELOS, 2011; BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

Em 2013, houve a institucionalização da EPS através da Portaria nº 2761, instituindo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS - SUS), contemplando alguns princípios que envolvem dimensões políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis da EPS. São eles: o **diálogo**, a **amorosidade**, a **problematização**, a **construção compartilhada do conhecimento**, o **compromisso com a construção do projeto democrático e popular** e a **emancipação** (BRASIL, 2013).

Tendo como base a EPS e sua importância para a construção de uma Educação em Saúde emancipatória, embasada pela participação popular e por ações educativas dialógicas, o presente trabalho tem como objeto de estudo a análise das práticas educativas dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária do município de Fortaleza, sob a ótica da EPS.

Desde 2006, sou cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família, atuando desde o ano de 2012 na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Ivana de Sousa Paes, no bairro Presidente Kennedy, no município de Fortaleza, Ceará.

Mesmo com o conhecimento da realidade do meu território e com uma boa

integração com minha equipe em ações interprofissionais, sempre observava que “faltava algo” para promover uma maior adesão da população às práticas educativas.

Em 2017, foi ofertado pela Prefeitura de Fortaleza uma Capacitação de Tutores e Facilitadores em Aprendizagem Significativa, com foco na facilitação em Saúde com Metodologias Ativas e Participativas. Esse curso representou um “divisor de águas” na minha formação, pois proporcionou o desenvolvimento de uma atitude reflexiva quanto ao meu processo de trabalho. O curso me permitiu conhecer, observar e aplicar práticas e metodologias da EPS, que possibilitaram uma mudança real nas minhas ações educativas.

Além disso, ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família pude vivenciar ainda mais o uso de metodologias ativas e problematizadoras, o que tornou mais evidente para mim a importância de abordagens críticas e reflexivas em processos educacionais, sejam eles na relação educador e educando, sejam na relação do profissional com a sua comunidade.

Neste cenário, senti a necessidade de analisar como os cirurgiões-dentistas do município de Fortaleza realizam as suas práticas educativas e se há a utilização de princípios da EPS como eixo orientador dessas práticas. Além disso, fiquei instigada a conhecer quais seriam as motivações, potencialidades e dificuldades desses dentistas para a realização de ações educativas efetivamente reflexivas e transformadoras. Dessa forma, poderíamos perceber se há a inserção desses profissionais na reconstrução de práticas educativas e promotoras de saúde, articuladas com as reais necessidades da população.

A EPS na Odontologia vem sendo ainda pouco descrita nos estudos de forma isolada. Para exemplificar essa carência científica, em busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos 2011-2021, utilizando as palavras-chave *Educação Popular* e *Saúde Bucal*, foram obtidos apenas cinco artigos de descrição e/ou análise de práticas sob esse referencial. Além disso, ao utilizar as palavras-chave *Educação Popular* e *Atenção Primária*, na mesma base de dados pelo mesmo período, foi observado que os cirurgiões-dentistas não estavam inseridos como sujeitos da maioria dos estudos que analisavam as práticas educativas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) com base nos princípios da EP (FLISCH, 2014; MELO, 2018; GERALDO et al., 2019).

Percebeu-se, ainda, grande dificuldade e insegurança dos profissionais da equipe de saúde bucal em atuarem em práticas educativas sob a perspectiva da EPS, sendo ainda incipientes a utilização de estudos avaliativos como norteadores do planejamento e de realização dessas práticas (SOUZA; RONCALLI, 2007; MENDES, 2015; MENDES 2017; SILVA, 2017).

Com a necessidade de promover um novo olhar para a Educação em Saúde Bucal, este estudo poderá contribuir, do ponto de vista científico e social, para o conhecimento e aprofundamento sobre a EPS e sobre a forma como ela vem sendo implementada em ações educativas na APS, evidenciando desafios do seu uso como estratégia norteadora na Educação em Saúde e permitindo a reflexão de como superá-los.

O estudo em questão se articula com a linha de pesquisa da Educação na Saúde do Mestrado Profissional de Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família - MPSF/RENASF, na medida em que, ao se analisar as práticas dos cirurgiões-dentistas sob a ótica da EPS, pode-se avaliar e construir estratégias que proporcionem abordagens educativas éticas, dialógicas, problematizadoras e realmente transformadoras.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas educativas de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde, sob a ótica da Educação Popular em Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Reconhecer as principais práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas;
- Identificar os princípios contidos da Política de Educação Popular em Saúde nas práticas educativas dos cirurgiões-dentistas na Atenção Primária à Saúde;
- Evidenciar fatores motivacionais, potencialidades e dificuldades dos cirurgiões-dentistas na realização de ações educativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Educação em Saúde na Atenção Primária

O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a saúde como um direito a ser resguardado pelo Estado, sendo pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular (CUNHA, 2001).

Observando seus princípios, o SUS tem sua operacionalização baseada em três níveis de Atenção (primária, secundária e terciária) configurados como uma pirâmide, onde a APS é a base do sistema, ou seja, ela constitui o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde. É notório, portanto, a forte tendência de fortalecimento da APS tendo como um dos principais objetivos a Promoção da Saúde como instrumento para a capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. Estas relações revelam que, para haver a implementação da Promoção da Saúde de comunidades e indivíduos, devem-se utilizar ferramentas que possibilitem esta capacitação e controle, como a Educação em Saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A Educação em Saúde representa o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2006).

Como um processo político pedagógico, a Educação em Saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Ela potencializa, portanto, o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde (MACHADO et al., 2007; BRASIL, 2009).

A Educação em Saúde está inerente a todos os níveis de Atenção, mas ela se destaca na APS por ter um contexto privilegiado para o desenvolvimento de

práticas educativas em saúde. Isso se justifica por esse tipo de atenção ser a porta de entrada principal do SUS e pela particularidade das ações desenvolvidas, caracterizadas pela maior proximidade com a população e na ênfase na prevenção e na Promoção da Saúde (VASCONCELOS, 1999).

A ação educativa na APS se inicia com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e se responsabilizando pela efetividade do cuidado, garantindo sua integralidade e criando vínculos que facilitem a prática educativa em saúde (BRASIL, 2011).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), tida como prioritária para a expansão e consolidação da APS, a Educação em Saúde é uma atribuição de todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. É esperado uma assistência contínua e eficiente às famílias da área adscrita, com o enfrentamento de situações de risco em parceria com a comunidade, tendo como base o reconhecimento multidimensional da saúde, além da ênfase do usuário como sujeito ativo em busca da autonomia do cuidado. Nesse sentido, estratégias de Educação em Saúde representam uma importante ferramenta a ser adotada pelos profissionais da APS com vistas ao atendimento integral do indivíduo (BRASIL, 1997; CARNEIRO et al., 2012).

É necessário a percepção de que toda ação de saúde é uma ação educativa. O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, copartícipes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE; STOLTZ, 2004).

Percebe-se que a Educação em Saúde deve ser um processo de ensino-aprendizagem em permanente construção, que se dá no cotidiano do fazer dos profissionais e na interface das necessidades das pessoas, buscando compartilhar saberes da experiência da população com os conhecimentos científicos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

No entanto, percebe-se que algumas práticas educativas realizadas no âmbito da APS ainda estão centradas principalmente na prescrição de

tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, que são impostas e devem ser seguidas à risca pela população como forma de manter-se saudável e livre de doenças. A ação pedagógica acaba privilegiando a simples transmissão de conhecimentos, com temáticas pré-definidas e sem nenhuma consulta ou adaptação às necessidades da população (ALVES, 2011).

A Educação em Saúde baseada apenas na transmissão de conhecimentos leva até a população informações e soluções consideradas corretas pelos profissionais, não valorizando as diferentes formas de apreensão do conhecimento e a possibilidade de recriá-lo, de acordo com valores e crenças individuais e coletivas. Essa forma de agir no processo educativo tem distanciado as pessoas da oportunidade de identificar seus problemas, refletir criticamente sobre suas causas e descobrir estratégias de como superá-los (VASCONCELOS, 1999; MACHADO, 2009).

Apesar da prevalência do modelo tradicional nas práticas educativas, estudos tem apontado a presença de inovações e criatividade nas estratégias utilizadas na Educação em Saúde (ALMEIDA; SOARES, 2010; SILVA et al., 2013, MELO, 2018).

Entendendo que a APS é um cenário favorável ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação social e de empoderamento do indivíduo e da coletividade, é importante observar se as práticas educativas que estão sendo realizadas por profissionais desse âmbito de atenção, como os cirurgiões-dentistas, utilizam metodologias e estratégias para o desenvolvimento de ações efetivamente promotoras de saúde.

3.2 A Educação Popular em Saúde

Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil. Até a década de 1970, ela foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, sendo subordinada aos seus interesses e caracterizada pela imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados (VASCONCELOS, 2001).

No contexto da luta pela Reforma Sanitária ainda na década de 1970, os trabalhadores da saúde que estavam insatisfeitos com o modelo de atenção à

saúde vigente passaram a intencionar um rompimento com as práticas autoritárias da relação entre os serviços e a população. Começaram a surgir, então, experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que trabalhadores da saúde se deslocavam dos espaços institucionais para as comunidades urbanas e rurais, aproximando-se das classes populares e dos movimentos sociais locais. Tal aproximação favoreceu a interação dos trabalhadores com o cotidiano das comunidades e a compreensão do processo de adoecimento e cura sob a ótica popular. Além disso, foram se configurando iniciativas de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o científico, que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde. Essa nova visão passou a requerer dos trabalhadores a busca de uma reorientação das suas práticas, com vistas a enfrentar os problemas de saúde identificados, em conjunto com a população (VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2001).

Nesta época, a Pedagogia do Oprimido, escrita pelo educador pernambucano Paulo Freire, sistematizou um método educacional que se constituiu como um norteador para a relação entre profissionais de saúde e as classes populares, abrindo assim o espaço para novas experiências no campo da Educação em Saúde (VASCONCELOS, 1999).

Para Freire (1983), o processo ensino-aprendizagem é uma troca, tendo como base um processo dialógico entre educador e educando, que se dá numa realidade vivida. O conhecimento advém da reflexão crítica sobre essa realidade, construindo-se, ao mesmo tempo em que o homem vai se constituindo e se posicionando como um ser histórico. Nesse sentido, não cabem relações verticais entre educador e educando, ou a transferência de conhecimentos e a normatização de hábitos, que marcaram o pensamento hegemônico da educação sanitária no século passado (FREIRE, 1996; SILVA, 2010).

A experiência acumulada pela EP, a que Paulo Freire muitas vezes se referia como pedagogia da problematização, é a de caracterizar os problemas a serem debatidos, articulá-los com a realidade social e encaminhar as soluções parciais num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão. Dessa forma, a educação através de uma prática problematizadora e libertadora possibilita a conquista da verdadeira autonomia, tornando o indivíduo mais consciente de sua

realidade e mais apto a transformá-la. Dessa forma, o indivíduo se reconhece como sujeito e protagonista da própria história e não como um objeto, como acontece com os participantes da Educação bancária (FREIRE, 1992; VASCONCELOS, 1999).

Na Educação bancária, o indivíduo/educando é visto como um ser passivo, sendo o educador o único protagonista da ação educativa. A função do educador nessa prática é “depositar” o conhecimento no educando, incentivando à memorização mecânica das informações. Com isso, limita-se a capacidade crítica e reflexiva do educando, que passa a ser apenas um “recipiente” para a transmissão do conhecimento. Já a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica num constante ato de desvelamento da realidade (FREIRE, 1983).

A EP ressalta a necessidade do trabalho baseado num campo de possibilidades e não de imposições, evidenciando que é preciso deixar de fazer pelo outro e passar a fazer com o outro, num processo coletivo, em que existe a valorização dos saberes. Com isso, passa a ser necessário manter uma postura de enfrentamento e superação dos problemas vivenciados pela comunidade (VASCONCELOS, 1999; FREIRE, 1983).

Ao colocar-se como referência no campo de práticas dos profissionais de saúde, a EP contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e pelo comprometimento com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais. A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Aqui é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portando uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação (BRASIL, 2014).

É importante enfatizar que o *aprender a aprender* para os profissionais de saúde deve compreender o *aprender a conhecer*, o *aprender a fazer*, o *aprender a conviver* e o *aprender a ser*, garantindo a integralidade da Atenção à Saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. Isso implica na atuação desses

profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade (FERNANDES et al., 2003).

Como movimento e prática social, a EPS tem a perspectiva de tornar a saúde mais humanizada e em sintonia com a cultura popular. Além disso, ela enfatiza não só o processo de transmissão de conhecimento, mas também a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a PNEPS - SUS, instituída pela Portaria n° 2761, de 19 de novembro de 2013, cumpre o papel de reassumir o compromisso com os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e, principalmente, participação social. A Política define a EPS como a prática político-pedagógica cujo objeto de reflexão são as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta deve ser realizada por meio de diálogo em que há troca dos diversos saberes, o que leva à construção de conhecimentos individuais e coletivos, capazes de serem introduzidos na realidade do SUS, fomentando a participação social na sua consolidação (BRASIL, 2013).

Os princípios da PNEPS-SUS contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis da EPS. São eles: o **diálogo**, a **amorosidade**, a **problematização**, a **construção compartilhada do conhecimento**, o **compromisso com a construção do projeto democrático e popular** e a **emancipação**. Esses princípios aproximam-se dos pressupostos da pedagogia crítica de Paulo Freire, incluindo os seus conceitos de problematização, diálogo, práxis e protagonismo na busca da transformação social (FREIRE, 1996; BRASIL, 2013).

O **diálogo** é o encontro de sujeitos e de seus conhecimentos construídos histórica e culturalmente. Ele acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição do outro para ampliar o conhecimento crítico de todos sobre a realidade que se quer transformar, ampliando a capacidade de reconhecer e conviver com as diversidades. Trata-se de uma perspectiva crítica

de construção de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas (BRASIL, 2013).

A **amorosidade** reconhece a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva ao vínculo, à compreensão mútua e à solidariedade. Busca estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos (BRASIL, 2013).

A **problematização** propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade, com base na experiência prévia dos sujeitos, na identificação das situações-limite presentes no seu cotidiano e nas potencialidades para transformá-las. Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições, valorizando a experiência prévia de cada um. O sujeito, por sua vez, também se transforma devido à ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, bem como novas formas de atuar sobre eles. Nesse sentido, a problematização surge como momento pedagógico e como práxis social, resgatando potencialidades e capacidades para intervir (BRASIL, 2013).

A **construção compartilhada do conhecimento** consiste em processos pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde. Como resultado do diálogo, permite a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, no sentido de promover o cuidado e a construção emancipadora nos processos educativos e de gestão em saúde (BRASIL, 2013).

O **compromisso com a construção do projeto democrático e popular** se orienta pela perspectiva de criação de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que permeia as lutas sociais. Orienta-se igualmente pelo direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente são excluídos dos processos de decisão e construção (BRASIL, 2013).

Já a **emancipação** é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de

opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade, e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. A emancipação fortalece, portanto, o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática (BRASIL, 2013).

Com base nesses princípios, observa-se que o movimento de EPS valoriza a prática educativa, numa perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais através do diálogo e buscando compreender o saber popular. Esta metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, que possibilita incrementar estratégias de luta e de enfrentamento. Dessa forma, a EPS deve ser concebida como habilidade de reorientação das práticas de saúde, superando a distância cultural entre os serviços e a população assistida de modo participativo (ALVES, 2005; OLIVEIRA et al., 2014).

Adversamente às práticas educativas tradicionais, a EPS se contrapõe ao modo tradicional de conceituar intervenções na área de saúde, lutando pela transformação das relações de subordinação em favor da autonomia, da participação social e da interlocução de saberes e práticas. Ela representa um saber indispensável tanto para a formação da consciência sanitária como para a democratização radical das políticas públicas (STOLTZ, 2004; VASCONCELOS, 2004).

As práticas educativas baseadas na EPS partem do pressuposto que o educando possui um saber prévio, construído em sua história de vida, sua prática social e cultural, que serve de ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos. A problematização das experiências ou situações vividas constitui um desafio para a transformação e, portanto, uma fonte para a organização do conteúdo do processo educativo (AMARAL; PONTES; VALE, 2014; GOMES, 2011).

O uso de metodologias ativas nesse tipo de prática educativa também constitui uma estratégia que busca a participação de todos os atores envolvidos, observando a realidade em que estão inseridos. Esse tipo de metodologia permite uma aprendizagem significativa, processo pelo qual o indivíduo passa quando uma nova informação se relaciona significativamente à sua estrutura, de forma

natural, sem arbitrariedade e sem imposição. Para isso, é necessário que o profissional de saúde veja o indivíduo como um ser cultural/social em suas manifestações, com linguagem corporal, afetiva e cognitiva próprias. Além disso, as expectativas e experiências prévias individuais devem ser observadas, pois funcionam como uma “ancoragem” para os novos conhecimentos adquiridos. Com isso, há o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria educação (AUSUBEL, 2003; CHIESA, 2007).

A EPS torna-se, portanto, uma prática privilegiada no campo das Ciências da Saúde, uma vez que pode ser realizada em diferentes organizações e instituições, por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como *setor saúde*. Nesse contexto, as ações educativas em Saúde podem (e devem) ser desenvolvidas não apenas nas Unidades de Saúde, mas também em espaços sociais do território como centros comunitários, associações locais, igrejas, escolas, ONG, dentre outros. Esses espaços são potencialmente importantes, pois são locais em que o indivíduo se sente familiarizado e acolhido, facilitando a construção de vínculos e estimulando a troca e a construção de saberes (VASCONCELOS, 2001; OLIVEIRA et al., 2014; FALKENBERG et al., 2014).

É importante perceber que talvez a concepção de igualdade dos saberes dos profissionais e da população contenha a ideia de que o saber popular copia o dos profissionais. Se a referência para o saber é o do profissional, isso dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional. Por vezes, o profissional oferece seu saber porque julga o da população insuficiente, e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente. Dessa forma, não existe um saber ou uma cultura melhor do que a outra, mas saberes, culturas e realidades complementares e inter-relacionadas (VALLA, 1998).

As práticas e as metodologias da EPS possibilitam o encontro entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, ressignificando saberes e práticas. Nessa perspectiva, pressupõe-se a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores, que tenham como possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados,

compartilhados e integrais (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; GAZINELLI et al., 2005).

Apesar da grande difusão das metodologias ativas e problematizadoras, como a EPS, ainda é dominante, nas práticas educativas concretas do SUS, pedagogias centradas na difusão autoritária de informações e condutas. Nela, profissionais de saúde e gestores se veem como portadores de verdades que precisam ser inculcadas e generalizadas na população. São práticas pedagógicas que se reproduzem a partir da falta de investimento no estudo crítico dos desafios pedagógicos presentes no trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2016).

Além disso, mesmo com a noção de que práticas embasadas pelos princípios da EPS devem estar inseridas no trabalho cotidiano, muitos profissionais de saúde relegam as atividades educativas a um segundo plano no planejamento e ações de cuidado (CARNEIRO et al., 2012).

A ausência de troca efetiva de experiências no ato educacional em saúde também gera erros de interpretação da realidade de saúde do indivíduo e da comunidade, já que cada um desses atores sociais pode possuir lógicas e práticas distintas nas formas de conduzir as questões relacionadas à saúde (VALLA, 1999).

Considerando-se o debate atual em relação às tentativas de mudanças na Educação em Saúde pelo uso de abordagens pedagógicas diferentes das tradicionais nas práticas educativas, e os avanços teóricos sobre a EP e a institucionalização da PNEPS-SUS, questiona-se de que modo as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais na APS, como os cirurgiões-dentistas, estão sendo realizadas. Ao lado disso, indaga-se se os princípios da EPS estão orientando essas ações na ESF, incentivando o diálogo, o confronto entre saberes e a participação da comunidade.

3.3 A Educação em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Com o surgimento da ESF, a Odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de Atenção em Saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA, 2001).

Através da percepção da importância da saúde bucal sobre a saúde geral do indivíduo, a inclusão da Odontologia na ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os históricos modelos de atenção ineficientes e excludentes. Ela possibilitou a criação de um fértil espaço de práticas e relações para reorientação do processo de trabalho, bem como a própria atuação do cirurgião-dentista no âmbito dos serviços de saúde, na perspectiva da saúde bucal coletiva (RODRIGUES; ASSIS, 2009; SOUZA; RONCALLI, 2007).

A atuação da equipe de Saúde Bucal, conforme as Diretrizes da PNSB, não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo de forma integral e observando o contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido (BRASIL, 2004; PIMENTEL et al., 2010).

As ações de Saúde Bucal na ESF devem, portanto, se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS que buscam, além da ampliação do acesso da população às ações e à resolução dos problemas de saúde bucal instalados, a intervenção nos fatores determinantes de saúde (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

Nesse contexto, a Promoção de Saúde é uma estratégia promissora sendo um dos eixos centrais estabelecidos pelo SUS para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença, através de ações comprometidas com o direito à saúde, à equidade e à cidadania, mantendo uma fina sintonia com as necessidades e demandas de saúde de indivíduos e populações, contextualizadas de acordo com suas condições de vida (WATT, 2005; KUSMA et al., 2012).

Outra importante estratégia é a Educação em Saúde, que tem como objetivo favorecer a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis, com vistas à prevenção de doenças, sendo esta considerada de fundamental importância para o sucesso do tratamento odontológico. Preconizado pela PNSB, a Educação em Saúde Bucal é uma importante ferramenta para redução de riscos e mudanças de cenários epidemiológicos, contribuindo para o empoderamento individual e coletivo, além de permitir a aquisição de hábitos saudáveis para a prevenção de doenças bucais (BRASIL, 2008; TÔRRES et al., 2011).

Sabe-se que as práticas educativas decorrem de experiências contínuas de ensino-aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde. É desejável, portanto, que a Educação em Saúde Bucal avance na direção da Promoção da Saúde criando ambientes favoráveis, construindo políticas saudáveis, fortalecendo ações comunitárias, desenvolvendo habilidades pessoais e reorientando os serviços de saúde (MIALHE; SILVA, 2011; FERREIRA et al., 2014).

É importante enfatizar que o desconhecimento de alguns indivíduos sobre os cuidados de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é aprendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. Percebe-se, portanto, a necessidade de valorizar práticas odontológicas educativas que levantem e interpretem as necessidades da população de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos (PAULETTO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Nesse contexto, o uso dos princípios da EPS em práticas de Saúde Bucal é entendido atualmente como um instrumento de reorientação destas práticas a fim de estimular a consciência crítica e a autonomia da população frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo (MUNGUBA, 2010; SILVA et al., 2010; MENDES et al., 2017).

No entanto, ao se revisar as principais práticas educativas em Saúde Bucal, identifica-se que a Educação em Saúde ainda é um desafio a ser superado. A maioria das ações são ancoradas em práticas com comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, e foco na transmissão de informação, não havendo o incentivo à discussão, à reflexão e à autonomia do cuidado (PAULETTO; PEREIRA, CYRINO, 2004; ALMEIDA; FERREIRA, 2008; FREITAS, 2010).

As informações transmitidas sobre saúde bucal em diversas intervenções educativas são importantes, mas muitas vezes insuficientes para promover mudanças em comportamentos que resultem na melhoria das condições bucais. A maioria das intervenções ainda utiliza abordagens educativas tradicionais, pautadas na simples transmissão de conhecimentos, sem enfrentar a

complexidade dos determinantes sociais (SATUR et al., 2010; LEMKUHL et al., 2015).

Percebe-se também que grande parte das atividades educativas tem o público-alvo infantil como foco de suas ações, tendo a frequência predominantemente trimestral. As principais intervenções educativo-preventivas são centradas na higiene bucal supervisionada, nas palestras e nas aplicações de fluoretos, sendo desenvolvidas prioritariamente no próprio ambiente escolar. Esses resultados traduzem uma assistência odontológica de caráter preventivo, oriundo das décadas de 1970 e 1980, em que estes recursos terapêuticos eram os únicos disponíveis no enfrentamento do principal problema de saúde bucal coletiva: a cárie dental. Além disso, a ênfase na atenção aos escolares implica na exclusão de outras parcelas da população ao cuidado odontológico integral (MENDES et al., 2017, PIMENTEL et al., 2012; CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Tais práticas cotidianas ainda presentes na APS refletem a tecnificação do cirurgião-dentista, muitas vezes advindas da própria formação profissional, e que acabam influenciando negativamente na qualidade e eficácia de ações de Educação em Saúde quanto a participação da população e a conquista de sua autonomia (MATOS; GONDINHO; FERREIRA, 2015; MIALHE; SILVA, 2011).

Com exceção do que ocorre com os escolares, em que as atividades educativas são realizadas na própria escola, as demais práticas realizadas pelos dentistas se dão majoritariamente em ambientes dentro da própria Unidade de Saúde. Observa-se, também, o pouco uso de diferentes espaços sociais na comunidade para a realização de ações educativas, tais como na rua de um bairro (calçada amiga), em centros comunitários, em associações de moradores, entre outros (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Estudos a longo prazo têm reafirmado a baixa força de evidências quanto ao impacto de intervenções preventivas/educativas convencionais no campo da Odontologia, sem a produção de melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações. Embora as palestras sejam uma forma válida de transmitir conhecimento, ao se tratar de Educação em Saúde, o ideal é se optar por métodos mais ativos, que possibilitem o envolvimento de todos os presentes na ação e que promovam mudança, por meio de uma troca de conhecimentos,

implicando em aprendizado e adoção de novos hábitos (JUNQUEIRA, 2007; KUSMA et al., 2012).

É necessário compreender a forma mais adequada e eficaz de realizar ações educativas almejando uma melhoria real na condição bucal da população. Dessa forma, ao analisar as concepções de Educação em Saúde dos cirurgiões-dentistas, é possível conhecer como esses profissionais se relacionam com os seus instrumentos de trabalho, possibilitando revelar o seu pensamento sobre a produção do cuidado com base no processo educativo em saúde. Ou seja, a forma como o cirurgião-dentista compreende a Educação em Saúde também pode determinar como ele a utiliza, facilitando a identificação de motivações e potencialidades, mas também de fragilidades e desafios no desenvolvimento dessas práticas (PEREIRA, 1993; PINAFO et al., 2011; MENDES et al., 2017).

Diante disto, a mudança no modo de agir e compreender o processo educativo precisa ser mote de reflexão entre os trabalhadores que compõem a Equipe de Saúde Bucal, para que o cuidado seja inerente ao saber-fazer dos profissionais e que obstáculos, como práticas verticalizadas, ações não dialógicas e posturas autoritárias, sejam superados (BRASIL, 2018; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

A escolha da abordagem foi escolhida pela necessidade de ampliar a capacidade analítica do objeto em estudo, dada a diversidade de dimensões que transcendem os processos educacionais em saúde bucal e que escapam aos indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI, 2007).

Com a abordagem qualitativa, pode-se captar a singularidade das situações particulares e suas características, contemplando aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, que permeiam o objeto em estudo. Ela permite trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006; MINAYO, 2015; ESTEBAN, 2010).

4.2 Área do Estudo

O estudo realizou-se nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, Ceará. Para o setor Saúde, Fortaleza é dividida em seis Distritos de Saúde, tendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como órgão gestor. Segundo dados fornecidos pela própria SMS, atualmente Fortaleza possui 116 UAPS, sendo 16 na Regional I, 12 na Regional II, 19 na Regional III, 13 na Regional IV, 25 na Regional V e 31 na Regional VI (FORTALEZA, 2022).

4.3 Sujeitos do Estudo

Diante dos objetivos propostos para este estudo, sujeitos desta pesquisa foram cirurgiões-dentistas da APS, tendo como critérios de inclusão os servidores efetivos que atuam na ESF do município de Fortaleza. Segundo dados da SMS,

tem-se atualmente 412 cirurgiões-dentistas cadastrados da ESF distribuídos nas seis Regionais de Saúde (Fortaleza, 2021).

Utilizou-se como critérios de exclusão: dentistas que estejam em cargo comissionado/gestão ou de licença sem remuneração, saúde, maternidade, dentre outras. Com base nesses critérios de inclusão e exclusão, estimou-se um quantitativo de 279 dentistas.

4.4 Desenho Amostral

4.4.1 Tamanho amostral

Para definir o número de participantes, Minayo et al. (2015) ensina que o critério de representatividade da amostragem na pesquisa qualitativa não é numérico como na pesquisa quantitativa. Para esse tipo de pesquisa, uma amostra ideal é aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto de estudo e que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas definições. Assim, optou-se por uma amostra intencional, em que a seleção dos elementos decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto a ser estudado.

Em Fortaleza, a responsabilidade quanto aos serviços e atividades relacionados à Odontologia na APS fica a cargo da Gerência Especial de Saúde Bucal. Dessa forma, foi questionada a gerente desse setor quais UAPS possuíam equipes de saúde bucal que se destacavam na realização de práticas de Educação em Saúde, sejam por bons indicadores de saúde bucal inseridos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), sejam por experiências educativas exitosas e/ou inovadoras.

Foram citadas 21 Unidades de Saúde, com a atuação de 69 cirurgiões dentistas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - UAPS citadas pela Gerência Especial de Saúde Bucal da SMS por se destacarem em atividades de Educação em Saúde.

UAPS	REGIONAL DE SAÚDE	QUANT. DE DENTISTAS
Virgílio Távora	I	4
Paulo de Melo	I	2

Casemiro Filho	I	3
Quatro Varas	I	2
Irmã Hercília	II	6
Frei Tito	II	4
Rigoberto Romero	II	5
Paulo Marcelo	II	3
Anastácio Magalhães	III	3
César Cals	III	4
Valdevino de Carvalho	IV	3
Gothardo Peixoto	IV	3
Dom Aloísio Lorscheider	IV	5
Ocelo Pinheiro	IV	1
José Walter	V	3
Dr. João Elisio Holanda	V	2
César Cals	VI	6
Messejana	VI	4
Otoni Cardoso	VI	1
Marcos Aurélio Lima Verde	VI	3
TOTAL		69

Fonte: Dados da SMS Fortaleza (2021). Elaboração própria.

Esse questionamento também foi feito aos seis Coordenadores Regionais de Saúde Bucal, com o objetivo de observar se havia semelhança entre as UAPS selecionadas a nível de SMS e de restringir a amostra. As UAPS citadas seguem abaixo de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2 - UAPS citadas pelas Assessorias técnicas de Saúde Bucal das Regionais de Saúde

Regional de saúde	UAPS
I	4 Varas*, Casemiro Filho*, Virgílio Távora*
II	Frei Tito*, Odorico de Moraes, Paulo Marcelo* e Rigoberto Romero*
III	César Cals*, Anastácio Magalhães*, Pereira de Almeida, Licínio Nunes
IV	Dom Aloísio Lorscheider*, Valdevino de Carvalho*
V	Paracampos, Luciano Torres, Abner Cavalcante, Edmilson Pinheiro, Régis Jucá
VI	Anísio Teixeira, César Cals*, Evandro Ayres, Galba de Araújo, Janival de Almeida, Melo Jaborandi, Messejana*, Otoni Cardoso*

*UAPS que coincidiram com a citação da Área Técnica de Saúde Bucal da SMS.

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde Bucal (2021). Elaboração própria.

Neste sentido, com base nas informações das Coordenadorias Regionais, foi novamente questionado a Área Técnica de Saúde Bucal da SMS para que fossem selecionadas duas UAPS por Regional de Saúde com o objetivo de

possibilitar uma amostra mais factível para a pesquisa. No quadro 3, seguem as UAPS selecionadas para o estudo.

Quadro 3 - UAPS selecionadas para a amostra do estudo

Regional de saúde	UAPS	Nº de dentistas
I	4 Varas e Virgílio Távora	6
II	Frei Tito e Rigoberto Romero	9
III	César Cals e Anastácio Magalhães	7
IV	Dom Aloísio Lorscheider e Valdevino de Carvalho	8
V	Edmilson Pinheiro e Paracampos	6
VI	César Cals e Messejana	10
Total		46

Fonte: Elaboração própria. (2021).

A amostra selecionada para a pesquisa foi formada, portanto, por 46 cirurgiões-dentistas, distribuídos em 12 UAPS localizadas em seis Regionais de Saúde.

Dessa amostra, foram excluídos sete participantes: três cirurgiões-dentistas estavam em cargo de gestão, dois conheciam o objetivo do estudo (uma participação na banca de qualificação e outra colega de turma), uma recusa e um profissional de licença saúde, totalizando a participação de 39 profissionais no estudo.

4.4.2 Seleção e recrutamento amostral

Os dentistas das doze UAPS foram incluídos no plano amostral. O contato inicial com esses profissionais foi feito via WhatsApp e/ou contato telefônico mediante lista disponibilizada pelas coordenadorias regionais. Eles foram informados sobre o estudo e seus objetivos, assim como solicitados a participarem voluntariamente da pesquisa. Caso não houvesse recusa ou objeção, foram acordados dias e horários para a coleta de dados de acordo com a disponibilidade de cada profissional.

4.5 Coleta de Dados

Os dados desta pesquisa foram coletados através de uma entrevista

semiestruturada com os cirurgiões-dentistas, utilizando um roteiro de investigações para guiar o relato das experiências pelos informantes. Segundo Minayo (2014), entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Ao contrário das questões de múltiplas escolhas, em que o problema é avaliado de forma mais superficial, as entrevistas permitem explorar nuances, conhecer significados que poderiam passar despercebidos (TRIVIÑOS, 1987; ANGROSINO, 2009).

A entrevista representa uma forma de diálogo em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação, sendo uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano. Ela se insere em um espectro conceitual maior que é a interação propriamente dita que se dá no momento da coleta (GIL, 1987).

Inicialmente, foram feitas perguntas para caracterização da amostra, como sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo na ESF, dentre outras questões, e, posteriormente, as perguntas norteadoras de acordo com um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) em três eixos:

- 1) Práticas de Educação em Saúde Bucal realizadas por cirurgiões dentistas na APS;
- 2) Princípios da EPS presentes em práticas educativas de saúde bucal;
- 3) Fatores motivacionais, potencialidades, dificuldades e fragilidades, segundo os cirurgiões-dentistas, para a realização dessas ações.

As entrevistas foram realizadas com os cirurgiões-dentistas na própria UAPS mediante agendamento prévio e de acordo com a disponibilidade de cada um.

As entrevistas foram realizadas de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, durante o período na Pandemia da COVID-19, sendo necessário algumas medidas como o distanciamento social de cerca de dois metros entre a pesquisadora e o entrevistado, além do uso de máscara durante todo o processo de coleta de dados e de álcool 70º para higienização de mãos e superfícies.

O tempo destinado às entrevistas foi dado conforme a necessidade dos participantes, sendo gravadas e posteriormente transcritas. É importante destacar que as entrevistas só foram realizadas após a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no APÊNDICE B.

Foi feito também um diário de campo, com a descrição de impressões, emoções e sentimentos que emergiram da pesquisadora após a realização de cada entrevista.

4.6 Organização e Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas de forma fidedigna pela própria pesquisadora, totalizando 11 horas e 36 minutos de transcrição. Os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos por meio da letra E de entrevistado e por números (E1, E2...), como forma de garantir o anonimato dos participantes.

A organização dos dados se deu através do processo de categorização, sendo utilizado para a análise o método de Análise do Discurso (AD). Essas categorias foram sendo definidas após a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, como forma de orientar a análise dos dados (MINAYO, 2006).

A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido. Pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente; a história representa o contexto sócio-histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para Pêcheux (1993), a língua é a forma de materialização da fala, contando com os planos material e simbólico, tendo o discurso produzido pela fala uma relação com o contexto sócio-histórico em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, o sujeito não é individual, é assujeitado ao coletivo, ou seja, esse assujeitamento ocorre no nível inconsciente, quando o sujeito interioriza o conhecimento da construção coletiva, sendo porta-voz daquele discurso e representante daquele sentido.

O uso da AD em pesquisas qualitativas na saúde possibilita a

compreensão do discurso individual e coletivo, histórico e socialmente determinado, evidenciando elementos que permitam redirecionar as práticas sanitárias (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Outra questão importante é quando os sujeitos participantes da construção do conhecimento se tornam mais comprometidos com a realidade evidenciada nas pesquisas, passando a ser elementos constituintes de um novo discurso na área da saúde. O discurso passa, então, a ser menos tecnicista e contempla a realidade de seus sujeitos. Nesse contexto, é a expressão das compreensões construídas sobre determinadas questões de saúde que permitirá ao sujeito investigado e ao pesquisador refletirem sobre determinada realidade para, então, modificá-la.

Após a leitura flutuante, foi realizada a leitura compreensiva de todo o material, seguida pela exploração dos depoimentos. Percebeu-se, então, que mesmo submetidos à mesma conjuntura econômico-social, trabalhando em um mesmo contexto e no mesmo município, existiam modalidades distintas na condução e na percepção profissional sobre as práticas educativas realizadas.

Em estudo realizado com médicos que atuavam na APS do município de Campinas, tendo como objeto de estudo a alienação do profissional médico diante do seu processo de trabalho, foi observado quatro perfis profissionais de acordo com as modalidades diferentes de exercício da prática profissional: modalidade tecnoburocrática, sacerdote, militante e missionária. Essas modalidades serviram como base para a delimitação dos perfis profissionais que emergiram desta pesquisa (TERRA, 2018).

Alguns dentistas tinham pouca participação durante a entrevista, além de aparentar cansaço e desestímulo em relação ao seu próprio processo de trabalho, como também em suas práticas educativas. Esses profissionais se mostravam inertes em relação às suas próprias ações e ao contexto político/social em que estão inseridos, semelhantes ao médico tecnoburocrático. Pela indiferença e conformismo demonstrado por esses dentistas frente ao seu processo de trabalho, não esboçando uma atitude “reacional” frente às dificuldades apresentadas, denominou-se esse perfil profissional de **dentista passivo**.

Outros dentistas se mostraram participativos e esforçados em seu processo de trabalho e em suas práticas educativas, demonstrando preocupação

com os usuários e com a saúde de seus pacientes, lembrando o médico sacerdote. No entanto, ainda é percebido um certo distanciamento desses dentistas em relação ao contexto social de sua comunidade, com poucas reflexões acerca do seu potencial de transformação e de construção de autonomia através das suas práticas. Esse perfil profissional foi intitulado **dentista esforçado**.

Já um outro perfil profissional emergiu, tendo algumas características semelhantes ao médico militante. Esses dentistas, durante as entrevistas, mostraram-se mais solícitos e comunicativos, demonstrando uma visão crítica da importância do seu papel como profissional de saúde para a construção da autonomia da população, tendo como base o contexto político/social na qual ela está inserida. No discurso desses profissionais, é percebido o seu comprometimento e a sua motivação nas ações educativas, ainda que com muitas críticas a forma de organização dos serviços e ao modelo biomédico ainda predominante. Pelo empoderamento e engajamento desse dentista, em relação às suas práticas educativas e ao seu processo de trabalho, denominou-se esse perfil profissional de **dentista empoderado**.

É importante destacar que não foi identificado nenhum dentista com semelhança ao médico missionário, que tinha como principal característica a sua vinda de outro país para exercer suas atividades no Brasil (TERRA, 2018).

Com isso, foram identificados três *corpus* de análise baseados em três perfis profissionais que foram evidenciados neste estudo: **dentista passivo**, **dentista esforçado** e **dentista empoderado**.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e o projeto foi submetido inicialmente à Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP) da SMS, para solicitação de Carta de Anuência da pesquisa. Em seguida, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) para análise, sendo aprovado sob o parecer nº 5.078.770 (ANEXO 1).

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas com seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012). A coleta de dados aconteceu somente após parecer favorável pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, através da Carta de Anuência, seguida da aprovação pelo CEP.

Previamente à entrevista, foram apresentados aos participantes da pesquisa informações quanto ao Projeto de Pesquisa (Título, Resumo e Objetivos) e o TCLE (disponível no APÊNDICE B), além de esclarecimento de dúvidas sobre o estudo. A todo o momento, foram garantidos a confidencialidade, a privacidade das informações, o direito de manifestar livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo, e a ausência de ônus pela sua participação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação a caracterização da amostra do estudo, 27 (69,2%) são mulheres, com média de idade de 48 anos entre os entrevistados, variando de 38 a 66 anos, 19 (48,7%) possuem entre 16 e 20 anos de tempo de formação profissional e 14 (35,9%) estão o mesmo tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Em relação à pós-graduação, 25 (64,1 %) dos entrevistados possuem algum curso de Especialização, e 23 (59%) na temática de Saúde da Família ou Saúde Coletiva. No entanto, apenas 14 (35,9%) dos cirurgiões-dentistas fizeram algum curso ou capacitação envolvendo o conhecimento de Metodologias Ativas e/ ou Educação Popular (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados do estudo. Fortaleza-CE, 2022.

	n	%
Sexo		
Masculino	12	31,8
Feminino	27	69,2
Idade		
30-40 anos	6	15,38
40-50 anos	26	66,66
51-60 anos	5	12,82
> 60 anos	2	5,14
Tempo de formação profissional		
16-20 anos	19	48,7
21-25 anos	12	30,8
> 25 anos	8	20,5
Tempo de trabalho na ESF		
6-10 anos	6	15,4
11-15 anos	13	33,3
16-20 anos	14	35,9
21- 25 anos	6	15,4
Titulação		
Especialização	25	64,1
Residência	1	2,6
Mestrado	12	30,8
Doutorado	1	2,6
Pós- Graduação em		

Saúde da Família/Saúde Coletiva	Sim	23	59,0
	Não	16	41,0
Curso de Metodologias ativas/Educação popular	Sim	14	35,9
	Não	25	64,1

Fonte: Autoria própria (2022).

5.1 Dentista Passivo

Esse perfil foi encontrado em 35,9% dos cirurgiões-dentistas entrevistados. A maioria dos dentistas passivos nunca havia escutado o termo *educação popular*, e teve bastante dificuldade em conceituar a EP, mesmo que de forma empírica. Dos 14 cirurgiões-dentistas desse perfil, cinco fizeram alguma pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva e apenas um fez algum curso sobre metodologias ativas e/ou educação popular.

A montagem da estrutura de análise foi feita através da decomposição das falas desse grupo em temas, que foram posteriormente agrupados em quatro categorias empíricas: **práticas educativas, culpabilização, gestão e outros fatores dificultadores/desmotivadores** na realização das práticas de Educação em Saúde (Quadro 4).

Quadro 4 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista passivo. Fortaleza-CE, 2022

Categorias Empíricas	Temas
Práticas educativas	Ações preventivas coletivas
	Palestras
	Ações individualizadas durante o atendimento
	Práticas lúdicas
	Puericultura
	Grupos
Culpabilização	Educação em Saúde para adolescentes
	Troca de benefícios
	Valorização do atendimento clínico
	Falta de interesse da população

	Falta de resolutividade dos problemas da população.
Gestão	Falta de incentivo/ valorização
	Material educativo
	Educação Permanente
	Disponibilidade de carro
Outros dificultadores/ desmotivadores	Pandemia
	Violência
	Falta de receptividade em espaços sociais

Fonte: A autoria própria (2022).

Todos os dentistas desse grupo citaram a escola ou a creche como espaço social prioritário de realização de suas práticas educativas, sendo as **ações preventivas** de instrução de higiene bucal (IHB) e a aplicação tópica de flúor (ATF) as mais realizadas. Além disso, a **palestra** foi citada por todos eles como a principal atividade educativa realizada, com temáticas relacionadas principalmente à saúde bucal.

A gente fazia mais ações na escola mesmo. Fazia orientação de escovação, aplicação de flúor e às vezes alguma palestra (E3).

Nosso foco nessas ações são as crianças mesmo. A gente dá palestra, aplicação de flúor na escola. [...] E normalmente falando de saúde bucal (E4).

Geralmente a gente começa com as palestras falando mais de saúde bucal mesmo. E depois a escovação supervisionada e aplicação de flúor. Dependendo do material que tem disponível pra gente (E7).

A gente fazia atividade educativa nas escolas. Essas ações eram aplicação de flúor e palestra para os professores e alunos sobre saúde bucal (E21).

Percebe-se que, nesse perfil, as ações de Educação em Saúde ainda se encontram fundamentadas na transmissão dos conhecimentos, com uma comunicação unidirecional e com temáticas pré-definidas, caracterizando ações centradas no cirurgião-dentista que não encorajam a reflexão e a troca de saberes.

Esses achados confluem com outros estudos que evidenciam que muitas ações educativas em saúde ainda são realizadas tendo como base paradigmas tradicionais de intervenções educativo-preventivas no ambiente escolar, com foco na higiene bucal supervisionada, palestras e aplicações de fluoretos (MATOS et al., 2015; MENDES et al., 2017).

Sabe-se que embora as práticas de prevenção sejam consideradas ações relevantes e capazes de diminuir a incidência de doenças bucais, elas devem estar atreladas a processos educativos que façam “sentido” para a população, com abordagens que estimulem o autocuidado e aumentem a troca de conhecimentos entre a equipe de saúde bucal e a comunidade (BRASIL, 2018).

Além disso, as práticas educativas pontuais apoiadas na simples transmissão de informações com base na abordagem higienista (ancorada no paradigma comportamentalista), não expressam qualquer preocupação com a problematização em saúde, nem com a busca de estratégias capazes de viabilizar a continuidade de ações educativas efetivas e realmente transformadoras (PAULETTO, 2004).

Ressalta-se que a Educação em Saúde, realizada no ambiente escolar, pode sim favorecer o envolvimento da criança para trabalhar e construir novos conhecimentos, facilitando a mudança de atitudes, hábitos e cuidados. No entanto, é necessário incorporar uma dimensão problematizadora nas práticas educativas, abrindo espaço para uma prática participativa em que esses sujeitos possam ser protagonistas nesse processo (PINTO, 2000).

Deve-se também ampliar os horizontes da Educação em Saúde, para que ela possa ser desenvolvida em diferentes espaços sociais (centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, fábricas, dentre outros), expandindo as atividades para além das paredes da unidade, característica tão importante para a ESF. Apesar da possibilidade de atuação em diversos espaços, foi perceptível a pouca participação desse perfil em outros espaços sociais. Além disso, apenas dois profissionais citaram abordar outras temáticas, além das relacionadas a saúde bucal:

A gente tem também a parte da **puericultura** que a criança é atendida e a gente dá algumas instruções educativas aos pais. E eu faço parte do grupo antitabagismo do posto. Então eu faço atividade educativa nesse **grupo** também (E13).

Eu faço orientação em saúde bucal, mas falo sobre alimentação saudável e hábitos saudáveis [...] (E26).

Com a abordagem restrita de temas relacionados à saúde bucal presentes na maioria dos profissionais desse perfil, percebe-se a necessidade de uma visão ampliada da saúde bucal na perspectiva da integralidade, compreendendo que as

práticas educativas não precisam restringir o seu discurso à boca, podendo esses profissionais abordar diversas temáticas como organizações sociais, problemas comunitários, doenças emergentes, incluindo as questões de adoecimento bucal nesses contextos (BRASIL, 2018).

É importante ressaltar que as Diretrizes da PNSB também expõem que as ações de promoção da saúde devem incluir abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer e outros), tais como políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004).

Alguns profissionais citaram a realização de **práticas educativas individualizadas durante o atendimento:**

Quando o paciente está em tratamento e a gente observa que a limpeza dele não está sendo feita de forma correta, a gente dá a instrução de escovação individualizada durante o atendimento (E13).

Eu faço orientação em saúde bucal, na maioria das vezes, nesse contexto individual durante o atendimento. Mas eu tenho a clareza de que se fosse realizado de forma coletiva teria um alcance maior e teria uma eficácia maior também. Mas eu não tô fazendo, eu não venho fazendo (E26).

Atualmente estou fazendo ação educativa mais aqui na clínica mesmo, individualmente (E38).

Sabe-se que as ações educativas podem ser organizadas em função das necessidades individuais ou coletivas. No consultório odontológico, o contato próximo entre o usuário e o profissional cria um ambiente onde a prática educativa pode ser realizada. No entanto, deve-se levar em consideração as necessidades individuais daquele paciente, ajustando a comunicação de acordo com a idade, nível cognitivo, conhecimento prévio e contexto social em que ele está inserido. Além disso, esse tipo de prática educativa deve ser aplicada de forma contínua ao atendimento clínico, sendo abordada ao longo das consultas e ocupando parte do tempo das mesmas, com o uso da motivação como estratégia educativa (PINTO, 2000; FERREIRA, 2004).

Foi citado por apenas dois profissionais a utilização de **práticas lúdicas** em suas ações educativas:

Nas práticas a gente usa vários tipos de método: apresentação, dinâmica, jogos, brincadeiras, [...] a depender do público, a depender do tempo (E12).

A gente tem os cadernos seriados e tem uns fantoches para teatrinho. Então a gente faz essa parte de atividade educativa adequando o material ao público (E13).

Sabe-se que diversas atividades com forte apelo lúdico como teatro, jogos educativos, gincanas, desenhos para colorir vem apresentando resultados bastante expressivos, uma vez que conseguem atrair a atenção individual e coletiva para os temas de interesse, despertando a curiosidade, auxiliando na redefinição de valores e no processo de autonomia em saúde e na motivação para a aquisição e a manutenção da saúde bucal. Mesmo assim, percebeu-se que o uso dessas práticas e de outras metodologias ativas foi pouco utilizado pelos profissionais desse perfil (FADEL et al., 2013).

Uma categoria empírica que emergiu fortemente após a análise de alguns fatores tidos como dificultadores pelos entrevistados desse perfil foi a **culpabilização**. Valla (1993) descreveu esse processo como sendo o produto de práticas tradicionais de educação em saúde que se limitam à prescrição de comportamentos individuais adequados à obtenção da boa saúde, provocando uma interpretação de que a população é a principal culpada pelo seu adoecimento, levando a um processo de culpabilização. Além disso, é percebido uma carência de informações por esses profissionais sobre as experiências de vida e o contexto social de grupos mais vulneráveis.

Uma das justificativas para culpar os usuários é a desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber acumulado da população, ao lançar mão da escolaridade como parâmetro da competência. Dessa forma, acusa-se os pais de uma criança desidratada por não se preocuparem com o filho, culpa-se a criança da classe popular que não aprende na escola por não se esforçar, explica-se o acidente sofrido pelo operário como resultado de sua falta de atenção, assim como culpa a população por não se interessar pelas ações educativas que estão sendo realizadas. Assim, a individualização da culpa é a “explicação” de uma

prática coletiva ineficiente (VALLA, STOTZ, 1989).

Um achado interessante, que foi trazido de forma quase unânime por esses profissionais, foi a **dificuldade em realizar atividades educativas com o público adolescente**:

Antes a gente fazia com os adolescentes também, só que é um público muito difícil [...]. Aí a gente deixou de fazer (E3).

Os alunos menores são mais receptivos. Já os adolescentes mais complicados. Mais difícil trabalhar com eles (E7).

As crianças mais fáceis de você trabalhar são as menores. Quando você passa pra adolescente aí começa a dificultar o trabalho. Eles são mais arredios (E21).

Eu até já tentei trabalhar essas ações com os adolescentes, mas eles são bem mais difíceis. Eles não são um público tão acessível, tão aberto quanto as crianças (E24).

Como observado em algumas dessas falas, os adolescentes são “culpabilizados” por serem um público difícil para a realização de práticas educativas. Essa dificuldade é relatada em muitos estudos, sendo os principais entraves citados a pouca participação desse público em ações educativas, as falhas na comunicação e falta de criatividade da equipe em promover atividades atrativas para esse público (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014; SANTOS, 2014).

Tem-se a compreensão que a adolescência é o período em que vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente, transferidos à idade adulta. Nesse sentido, é importante incentivar o adolescente a se tornar sujeito ativo do seu cuidado, visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos (VIERO, 2015).

Um aspecto levantado por Fadel et al. (2013), é que o estabelecimento do diálogo e a resistência a conselhos de uma figura de autoridade dificultam o trabalho do profissional de saúde. Neste sentido é necessário transpor a hierarquia do saber técnico e instituir um vínculo com a população adolescente, estabelecendo uma relação de confiança, percebendo e considerando sua atitude questionadora e crítica a fim de possibilitar a construção de ideias, opiniões, introdução de novos hábitos, significação da autoimagem e do autocuidado.

A equipe de Saúde da Família deve desenvolver atividades de educação em saúde utilizando estratégias lúdicas e dialógicas para a interação com esses

sujeitos. Trabalhar com grupos de adolescentes e proporcionar um espaço criativo, interativo e oportuno para o desenvolvimento de habilidades se configuram como estratégia para a educação em saúde para esse público (SOUSA et al., 2012; LACERDA, 2013).

Chamou a atenção a citação da **troca de benefícios**, como escova dental e pasta, como uma das principais dificuldades para a realização dessas práticas, já que, segundo os dentistas desse perfil, há sempre a necessidade de dar algo em troca para que haja a participação da população nessas ações.

A comunidade só é participativa quando tem algum brinde para dar. Quando não tem, a participação é baixa. E faz muito tempo que não vem nada. Nem escova, nem pasta, essas coisas, entendeu? (E4).

Eles também visam muito isso, tem que ter um benefício, [...] tem que ter essa troca. Sempre perguntam se tem escova e creme dental, se tem fio dental, sempre estão atrás de alguma coisa (E7).

Nós temos dificuldade de insumos. Nós não temos escovas suficientes para realizar a escovação e sensibilizar a população nessas ações (E21).

Quando a gente dá alguma coisa, tipo uma escova, percebo que eles ficam muito mais interessados e receptivos (E38).

É perceptível o uso de benefícios como uma forma de barganha na tentativa de promover o engajamento dos usuários a essas práticas, somados a culpabilização deles pela baixa adesão a essas ações. Isso acarreta alguns problemas, como a realização de práticas educativas limitadas e verticalizadas, onde não há o incentivo ao diálogo e a troca de saberes, além da restrição e, até mesmo, a não realização dessas ações pela falta de escova e pasta, por exemplo.

O atrelamento de ações educativas a troca de benefícios produz práticas de Educação em Saúde superficiais, em que as necessidades do usuário e o contexto no qual ele está inserido não são observados. Para que o processo educativo seja realmente eficaz e promova a autonomia do cuidado, é necessário repensar os tipos de abordagens que estão sendo utilizadas, priorizando estratégias que promovam uma maior interação e criação de vínculos com a população.

Outras dificuldades citadas para o desenvolvimento dessas ações foram a **valorização do atendimento clínico/curativo**, a **falta de interesse** dos usuários nesse tipo de prática e a **falta de resolutividade dos problemas da população**:

Acho que faltam questões de educação da população em si. Eles não têm ideia do que representa aquele serviço educativo que a gente tá fazendo. Eles valorizam muito o atendimento clínico (E7).

Hoje em dia a ação educativa é quase uma coisa negativa. A maioria das pessoas não dá valor a essa educação em saúde. Elas vão sempre querer o atendimento clínico. Sempre a parte curativa (E21).

A gente sente como se estivesse enxugando gelo porque a gente ensina, escova, não sei o que, e orienta. E a pessoa daqui a pouco, depois de três meses do tratamento concluído, vem com a boca acabada de novo. Isso desmotiva muito (E3).

Olha a gente faz aqui de tudo, mas às vezes a gente tem a impressão de estar enxugando gelo, sabe? Um processo cíclico que não tem fim (E4).

Observa-se através dessas falas que mais uma vez há a culpabilização da população em relação a falta de valorização de atividades educativas e em relação a “falta de cumprimento” de orientações dadas que, teoricamente, deveriam resultar em uma boa condição de saúde bucal.

As demandas de uma população são socialmente construídas e, neste sentido, seja por indução mercadológica ou, ainda, pela indisponibilidade de procedimentos odontológicos curativos, foram acumulados problemas assistenciais que não podem ser desprezados. Por este aspecto, os usuários tornam as unidades de saúde da família um lócus de busca por ações curativas (de repercussão imediata e “palpável”), em detrimento, inclusive, das ações de cunho promocional (que requerem mudança de estilo de vida e nem sempre perceptíveis a curto prazo) (BRASIL, 2018).

É fato que a existência de grande demanda reprimida por atendimento cirúrgico-restaurador impede também que o modelo hegemônico biomédico seja completamente substituído por princípios importantes para a promoção da saúde. Nesse ponto, observa-se que a priorização de tratamentos medicalizadores e curativos em detrimento da educação, torna as práticas educativas na Odontologia um desafio no campo da saúde pública. Dessa forma, as práticas de EPS esbarram, muitas vezes, na concepção tradicional de educação em saúde e na predominância ainda do modelo biomédico na formação, na prática e na relação dos profissionais de saúde com a população (ALVES, AERTS, 2011; SCHERER, 2015; CAPRA, 2019).

É perceptível através das falas desse perfil profissional que o modo de se fazer saúde ainda reproduz um modelo com centralização das ações no cirurgião-

dentista, enfoque individual e curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe, em um cenário de universalização excludente e integralidade seletiva de ações e serviços de saúde bucal. Isso contribui para a manutenção de um modelo de intervenção essencialmente individual e prescritivo, que negligencia os determinantes sociais da saúde e doença e culpabiliza os indivíduos, por sua condição de saúde (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004; NEVES, 2017).

No entanto, a prática do cirurgião-dentista não deve se voltar apenas à dimensão técnica e curativa. É necessário incorporar uma dimensão de educação em saúde que forneça informações, orientações e desenvolva habilidades de cuidado, buscando no paciente um colaborador e não apenas um alvo de um programa de prevenção (PAULETTO, 2004; PIMENTEL 2010).

Quanto à falta de interesse e motivação dos usuários em práticas educativas, sabe-se que isso pode ocorrer em razão de experiências impositivas e prescritivas que desestimulam o educando a aprender, gerando um descrédito em relação à educação em saúde devido a insatisfação com a metodologia empregada. Uma estratégia para solucionar esse problema seria permitir aos usuários escolherem os temas a serem trabalhados. Assim, é possível construir uma conduta pautada nas necessidades das pessoas, nas suas experiências e na realidade concreta com suas multiplicidades culturais ligadas ao processo de saúde-doença e da própria vida, facilitando o aprendizado significativo e tornando as programações mais atraentes e efetivas (FREIRE, 2007; ACIOLI, 2008).

É percebido também que a falta de interesse da comunidade por essas ações, deve-se à sua compreensão da saúde ainda enraizada no modelo biomédico curativo, havendo a necessidade de transpor a “barreira” desse modelo que manteve a saúde bucal isolada em relação às práticas integrais de saúde, e possibilitando mudanças nos processos de trabalho na direção do sujeito, e não mais da doença (CAPRA, 2006; PINAFO, 2011; MOUTINHO, 2014).

Em relação à falta de resolutividade dos problemas da população, faz-se necessário a realização de mais estudos que efetivamente demonstrem os resultados e o impacto das ações odontológicas realizadas pelas ESB na ESF, realizando o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas em saúde bucal, através de indicadores que permitam elaborar um conhecimento sobre uma

determinada situação. Além dos indicadores do Ministério da Saúde, é importante ressaltar que cada município, conforme suas necessidades e peculiaridades, deve discutir junto aos seus usuários e aos profissionais outros indicadores com vistas à melhoria da população, afinal sabe-se que ampliar e qualificar a assistência em saúde bucal requer enfrentar desafios relacionados ao investimento público; às dificuldades de encaminhamento para especialidades e à crescente demanda por serviços pela população (BOTAZZO et al., 2008; BULGARELI et al., 2014).

A **gestão** é tida como a principal responsável por gerar desmotivação e dificuldades no desenvolvimento de ações educativas, segundo esse grupo.

Os profissionais estão altamente desmotivados. A gente teve perda salarial, está todo mundo envolvido nesse contexto dessa vacina. E não chega nada de material para essas ações. A gente tem que produzir até o material educativo. Então assim... estímulo zero. Quando a gente quer fazer alguma coisa é um sacrifício. Não tem contrapartida da gestão (E4).

A prefeitura antes facilitava de todas as maneiras para que a gente fizesse essas práticas de educação em saúde. Hoje é o contrário. Tudo o que pode ser dificultado parece que é dificultado. Não tem mais carro, falta transporte, logística complicada pra sair na unidade, não tem mais o espaço [...]. Complicado fazer ações assim (E12).

A gente só tem direitos suprimidos. Então assim, incentivo é zero pra gente fazer isso, entendeu? Na verdade, a gestão não tá nem aí não. Não tem reposição salarial de acordo com a inflação. Isso aí vai desmotivando. Muito melhor para mim eu ficar aqui, dentro da minha sala, do que eu ficar no sol quente, indo no meu carro e fazendo essas atividades (E18).

De um tempo para cá, a gente se deparou com gestores que aparentam não dar muito valor a essa questão preventiva. Eles acabam prendendo o profissional a uma cadeira odontológica para dar satisfação a população e para que a gente atenda mais e mais [...]. Se o gestor também não valorizar essa parte preventiva, vai ficando cada vez mais difícil fazer essas ações (E21).

Para esse perfil profissional, há **pouco incentivo e valorização da gestão para a realização dessas ações**, com pouco estímulo financeiro, além da **dificuldade de disponibilidade de carro e de material educativo**, confluindo com os achados de outros estudos (MELO, 2005; PIMENTEL, 2010; SCHERER, 2015; BRASIL, 2018).

A falta de transporte para o deslocamento de profissionais para ações em áreas mais distantes é bastante comum na rotina de trabalho dos profissionais da saúde, não só para a realização de ações educativas, mas também para visitas domiciliares e para outras ações no território. No entanto, pode-se optar, no caso

dessa indisponibilidade, por fazer ações na própria unidade de saúde ou em espaços sociais mais próximos a ela (MELO, 2005; BRASIL, 2018).

A indisponibilidade de material de apoio pedagógico ou audiovisual é fator que impõe barreiras à prática educativa, porém não impede a sua realização, considerando que a prática educativa deve estar apoiada em um modelo social imerso na cultura popular, a fim de sensibilizar as pessoas para a mudança no cuidado com a própria saúde. Além disso, a dependência da utilização de materiais, muitas vezes, pré-fabricados e moldados segundo intenções daqueles que direcionam as ações e sem a participação da população, podem engessar e até mesmo reduzir o potencial da própria prática educativa (MOUTINHO et al., 2014).

A mediação do processo educativo não deve limitar seu desenvolvimento à existência de tais equipamentos, pois educar é transcender os limites palpáveis do aprendizado, utilizando ferramentas que expressam a subjetividade do processo, como a valorização da dialogicidade e a problematização do cotidiano (BRASIL, 2018).

É importante destacar que tendo a ciência da importância das práticas educativas no processo de trabalho das equipes de saúde da família, cabe também a gestão valorizar, incentivar e direcionar essas ações, para que elas sejam realizadas pelo profissional não apenas para o cumprimento de metas, mas também para gerar mudanças e reflexões reais na população.

Precisa de cursos também. Porque a gente tem a plataforma de educação permanente, mas é uma coisa assim, você se vira, faz seus cursos, procura cursos na plataforma do nosso gosto. A prefeitura não direciona, não dá curso com essa temática, entendeu? (E4).

Eu acho que para melhorar essas ações precisamos buscar mais embasamento teórico (E24).

Citada por apenas dois entrevistados desse perfil, a **Educação Permanente** em Saúde pode ser compreendida como uma estratégia para o desenvolvimento de ações educativas que refletem no processo de trabalho e serviços de saúde. Através dela a rotina de trabalho deve se configurar como uma fonte de conhecimento, que propicia reflexão, criticidade e problematização da realidade em que os profissionais e comunidade estão inseridos, de maneira a compreendê-la e, se necessário, propor ações de mudanças (EZEQUIEL, 2012).

Atualmente, existe no município um Programa de Educação Permanente, sob a responsabilidade da COEPP, que possibilita a destinação de parte da carga horária mensal de algumas categorias de servidores da saúde, como os dentistas, às atividades e cursos destinados à educação permanente. No entanto, não se observa um incentivo e direcionamento da gestão para cursos e vivências voltadas para as temáticas de Metodologias Ativas e Educação Popular, como forma de modificar as práticas de Educação em Saúde tradicionais.

Além disso, é preciso haver o despertar do interesse pelo trabalho educativo nos profissionais, além do reconhecimento e enfrentamento dos problemas relativos à educação em saúde, buscando enxergá-los a fim de não os utilizar como forma de proteção para sua não realização, mas para que possa ocorrer a real consolidação da inversão do modelo assistencial vigente (ROECKER, MARCON, 2011).

Outros fatores citados que provocam dificuldade e desmotivação para a realização de práticas educativas foram a **Pandemia da Covid-19, a violência no território e a falta de receptividade em alguns espaços sociais:**

Atualmente, depois desse problema da pandemia, ficou muito complicado. Não fui mais fazer não, não estou motivada para fazer essas práticas não (E32).

Sinceramente, não me sinto motivada a fazer essas ações não. Ainda mais com essa pandemia. Quanto menos contato eu tiver com o paciente, melhor. Infelizmente, é o que eu sinto agora. Tenho muito medo de pegar essa doença (E38).

Uma coisa que dificulta é nós estarmos inseridos em uma comunidade de alto risco. Então muitas vezes as escolas não estão funcionando por conta de brigas de facções e a gente tem o receio de ir para área. Fica complicado essa questão do acesso. Às vezes a comunidade está um pouco inflamada, então a gente nem sai da unidade (E39).

As vezes tem espaços que você se sente super acolhido e tem espaço que você não se sente bem. Parece que você está atrapalhando. As pessoas não te recebem bem [...] desmotiva muito você chegar num ambiente que parece que você não está colaborando, que as pessoas não querem que você esteja ali (E24).

Sabe-se que com a Pandemia do novo coronavírus foi necessário elaborar diversas medidas para inibir a transmissão da doença, dentre elas o isolamento social. Esse isolamento resultou em algumas medidas, como a restrição do funcionamento de escolas e de aglomerações de pessoas em espaços sociais, e por consequência, redução significativa de atividades educativas presenciais.

Diante dessa nova realidade, o processo educacional em saúde precisaria ser readequado, explorando ferramentas e utilizando novas estratégias para que essas ações fossem mantidas (PALÁCIO, 2020; SOUZA, 2020).

No entanto, pelo foco das ações desse perfil profissional serem as escolas, que foram em sua maioria fechadas devido a pandemia, foi percebido que as práticas educativas foram quase que completamente interrompidas. Além disso, não foi citada nenhuma tentativa de inovar, adaptar ou modificar essas ações para que elas não fossem descontinuadas. E só agora, após cerca de dois anos, alguns desses profissionais estão retomando essas práticas, gerando uma grande lacuna na produção do cuidado em saúde dessa população.

A gente está voltando agora devido a esses dois anos de pandemia. Sem fazer essas atividades principalmente nas escolas. Com as gestantes também não dava para fazer. A gente se resguardou e elas também se resguardavam. Não teve colégio, nem grupos com maior quantidade de pessoas (E21).

Em relação a violência, percebe-se que os profissionais que atuam nas ESF infelizmente vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extramuros, e isso tem causado limitações, pois além de dificultar o desenvolvimento de atividades educativas na área, muitas vezes inviabiliza a realização de visitas domiciliares, de consultas agendadas e de outras ações que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças (MACHADO et al., 2016).

É importante ressaltar ainda a importância de se realizar mais estudos sobre os reflexos da violência urbana na conformação e no desenvolvimento das ações dos serviços de saúde na APS, assim como também sobre as repercussões sofridas pelas equipes de saúde (ALMEIDA, 2015).

A falta de receptividade em alguns espaços sociais deixa explícito a falta de intersetorialidade e de parcerias para o desenvolvimento de ações educativas destacadas por esse grupo, o que acaba resultando em ações restritas a equipe de saúde bucal, tendo a “boca e suas doenças” como foco e com baixa (ou nenhuma) participação da comunidade na realização dessas práticas.

Foi perceptível nesse perfil profissional a visão de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades educativas, como as citadas, que

fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (VASCONCELOS, 1999; VALLA, 1999).

É preciso ultrapassar o paradigma comportamentalista, ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção para construir métodos mais dialógicos, que substituam a atitude modeladora de comportamento pela atitude emancipatória, valorizando a busca de parcerias (escola, universidade, serviços de saúde, ONG) para viabilizar a continuidade e efetividade dessas ações (PAULETTO, 2004).

5.1.1 Os princípios da Educação Popular em Saúde e os dentistas passivos

Não se identificou nas falas dos dentistas desse perfil os princípios presentes na PNEPS-SUS, nem referências a atividades relacionadas ao uso de técnicas mais dialógicas como, por exemplo, a roda de conversa ou outros métodos ativos que permitissem a interação com o usuário, permitindo a expressão de sua visão sobre o tema discutido, bem como espaços para questionar o conteúdo abordado.

Foi observado também pouca ou nenhuma menção a fatores que poderiam facilitar ou otimizar as práticas educativas por esses profissionais, mostrando mais uma vez a passividade desse perfil profissional em relação ao seu próprio processo de trabalho.

5.2 Dentista Esforçado

Esse perfil foi encontrado em 30,7% dos profissionais entrevistados, sendo observado uma melhor noção desses dentistas em relação a conceituação do termo *educação popular*.

Eu considero que é uma estratégia de trabalho que a gente chega mais próximo ali do usuário, dos cidadãos. Numa linguagem mais adequada, a gente permite a participação deles [...]. Observando também que eles têm a sua cultura. Eu acho que é uma troca (E2).

Acho que seria o empoderamento da população, do seu conhecimento na questão da saúde, das doenças, da prevenção, da gente fazer essa coparticipação mesmo. Não aquele conhecimento unilateral passado da gente para eles. Mas perceber as demandas e qual o conhecimento deles sobre determinado tema, sempre estando atentos a linguagem que a gente utiliza (E16).

Dos 12 dentistas desse perfil, nove fizeram alguma pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, o que acaba por refletir na forma de cuidado evidenciado por esse perfil em relação à saúde de seu usuário e da sua comunidade. No entanto, apenas dois fizeram algum curso sobre metodologias ativas e/ou educação popular, o que acaba impactando no tipo de abordagem educativa utilizada nas práticas, com o pouco uso de técnicas problematizadoras.

A montagem da estrutura de análise foi feita através da decomposição das falas desse grupo em temas, que foram posteriormente agrupados em seis categorias empíricas: **práticas educativas, culpabilização, gestão, outros fatores dificultadores/desmotivadores, fatores motivadores e princípios da Educação popular** na realização das práticas de Educação em Saúde (Quadro 5).

Quadro 5 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista esforçado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias Empíricas	Temas
Práticas educativas	Grupos
	Sala de Espera
	Ações preventivas coletivas
	Palestras
	Ações individualizadas durante o atendimento
	Práticas lúdicas
	PSE
	Visita Domiciliar
Culpabilização	Valorização do atendimento clínico
	Troca de benefícios
	Falta de interesse da população
	Educação em Saúde para adolescentes

	Educação em Saúde para pais
Gestão	Processo de trabalho
	Educação Permanente
	Estrutura física
Outros dificultadores/desmotivadores	Pandemia
Fatores motivadores	Intersetorialidade
	Melhoria da saúde da população
	Motivação pessoal
Princípios da EP	Diálogo
	Construção compartilhada do conhecimento

Fonte: Autoria própria (2022).

Em relação às práticas educativas desse perfil profissional, observa-se uma maior variedade de ações educativas realizadas, sendo as práticas com **grupos** a mais citada:

A gente tem um grupo de idosos aqui no posto, aí falo alguns temas com eles: saúde bucal, câncer de boca, cuidados com a prótese [...]. Às vezes a minha equipe faz uma roda de conversa com as gestantes, aí eu participo também. Tem também um o grupo antitabagismo, coordenado por uma colega dentista, mas todo mundo participa um pouco (E2).

No grupo do idoso, a enfermeira da minha equipe é a responsável. Ela chega para abordar o tema, aí ela diz para gente o que devemos abordar também (E2).

A gente tem um grupo de gestante, aí a gente tem também fichas, mitos ou verdades da gravidez. A gente entrega para cada uma e vai conversando, vai trocando ideias (E8).

A gente trabalha muito com grupos. Aí a gente tenta captar na primeira reunião o que eles consideram como sugestões, e aí a gente trabalha os temas sugeridos por eles (E16).

O grupo, como modalidade de cuidado coletivo à população, tem se tornado frequente nos serviços de saúde, devido ao seu reconhecimento enquanto prática de educação em saúde. Uma teoria de grupo legitimada na área da saúde é o Grupo Operativo (GO), que tem como objetivo não apenas conceber as condições de saúde/doença por meio da transmissão de conhecimento - abordagem ainda utilizada por muitos profissionais da saúde -, mas também transformar o conhecimento em atitude, a partir das necessidades e da realidade dos participantes. Esta transformação só ocorrerá por meio do vínculo, da

comunicação e da participação de todos (PICHON-RIVIÈRE, 2009; AFONSO; COUTINHO, 2010; VINCHA, 2017).

É notável que ainda há uma falta de protagonismo desse perfil na condução de grupos, que são em sua maioria coordenados por profissionais da Enfermagem, e que ditam muitas vezes as temáticas a serem abordadas pelos demais profissionais.

Os grupos devem gerar uma prática coletiva de problematização e discussão, provocando um processo de aprendizagem crescente em todos os participantes, inclusive nos profissionais envolvidos. Com isso, tem-se uma maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente.

É indispensável, portanto, que os profissionais de saúde discutam e aprendam sobre os fenômenos grupais, pois a organização desses grupos como modalidade de atenção coletiva é cada vez mais frequente no SUS, principalmente como prática educativa e preventiva na APS (SOARES, 2007; MENEZES; AVELINO, 2016).

Outra prática também bastante citada por esse grupo foram as ações em **Sala de Espera:**

Nas salas de espera muitas vezes a gente consegue prender bem a atenção deles, porque eles tão ali naquele momento só para se consultar mesmo, e não tem muita expectativa, mas acabam se interessando (E19).

A sala de espera a gente também fazia de acordo com as temáticas do mês ou assuntos que tivessem mais em evidência. Então a gente volta nossas ações para a temática do mês das ações e lógico que aborda também a saúde bucal (E29).

O território da sala de espera é o lugar onde os usuários aguardam um atendimento de saúde, comumente em unidades básicas, mas também pode estar presente em outros espaços de atenção à saúde, como em hospitais (TEIXEIRA, 2006).

A priori, os usuários que estão na sala de espera não constituem um grupo propriamente dito, mas um agrupamento. Geralmente, as pessoas que se encontram neste espaço não se conhecem e nem mantêm um vínculo estável. Mas quando essa atividade se instala por iniciativa dos profissionais de saúde,

comumente, forma-se um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto. A composição das pessoas em grupo é então mantida pela iniciativa dos expositores que iniciaram o processo participativo de educação em saúde (TEIXEIRA, 1999).

No entanto, deve-se estar atento para que as práticas em sala de espera sejam realizadas de forma dialógicas e horizontais, evitando a simples transmissão e imposição de conhecimentos, possibilitando o diálogo entre o saber popular e o técnico-científico, incorporado pelos atores que compõem aquele cenário. A sala de espera deve ser, portanto, um território dinâmico onde as pessoas conversam, observam e se expressam, aprimorando os debates sobre o dia a dia dos indivíduos e proporcionando reflexões e opiniões críticas a respeito da construção de uma qualidade de vida, colocando em prática a participação ativa de todos, e não somente daquelas pessoas que apresentam alguma vulnerabilidade ou risco de adoecimento (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

Neste contexto, a sala de espera exerce um papel onde é possível que as práticas de educação em saúde possam ser potencializadas, utilizando o diálogo com troca de conhecimentos para a construção de um saber coletivo, alinhado à EPS (SILVA, 2020).

Outras práticas citadas, que também aparecem no perfil profissional passivo, foram as **ações preventivas coletivas, as palestras, as ações individualizadas durante o atendimento e as práticas lúdicas.**

O que a gente fazia mesmo era só ir nas escolas, fazia palestras, aplicação de flúor. Então a gente ficou só mais nas escolas (E36).

Aqui no posto, eu não atendo ninguém sem antes conversar [...]. Não dá para só abrir a boca, fazer o procedimento e pronto. Sem explicar, sem conscientizar, sem conversar. Isso é muito importante, mas é um trabalho de formiguinha. Cada paciente que senta, a gente procura passar o máximo que a gente pode (E33).

A gente tem teatro de bonecos. São uns bonecos enormes. Aí a gente leva pano, leva violão, um agente de saúde vai para fazer uma sonoplastia. Canta, toca e interage de uma forma mais lúdica com as crianças na escola. É muito legal (E8).

No entanto, já se percebe neste grupo uma visão ampliada da Odontologia, com a abordagem de temáticas diferentes, que não se restringem apenas a saúde bucal, diferente do perfil profissional passivo:

Com as gestantes, a gente fala da questão de imunização, de aleitamento, de alimentação. Assuntos que vão muito além da boca. Elas não veem a gente só como dentistas, elas realmente acreditam que a gente possa opinar sobre outras coisas. Aí acaba que a gente sai dessa de só falar da saúde bucal (E8).

A gente não abordava somente assunto da área odontológica não. A gente abordava o que eles pediam. O pessoal do ensino médio pedia muito sobre sexualidade [...]. Trabalhamos também assuntos de saúde da época, como Dengue, Zika, Chikungunya (E16).

A gente acaba se limitando muito dentro das nossas questões. De falar de saúde bucal, de higiene, de doenças de boca. A gente fazia muita essa parte de lesões orais, mas ainda fica muito fechado naquele mundo, mas a gente já tá conseguindo ampliar um pouco esse tipo de ação e falar de outros temas de saúde (E19).

A gente conversava a respeito da situação social de cada paciente, o que a gente poderia ajudar em termos de orientação para saúde geral. Não nos prendemos só a saúde bucal não (E33).

Através dessas falas, percebe-se um avanço no redirecionamento do modelo de saúde, através da percepção que a boca não se encontra isolada, mas sim dentro de um corpo, que é resultado do biológico, do psíquico e do afetivo, ampliando o olhar dessas ações sob a perspectiva da integralidade (MERHY, FRANCO, 2003).

Já a **puericultura**, semelhante ao perfil anterior, foi pouco citada como prática educativa, sendo mencionada por apenas um profissional:

“Eu faço a puericultura há cada 15 dias com a minha enfermeira” (E29).

A puericultura deve atuar no sentido de manter a criança saudável e garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes (DEL CIAMPO et al., 2006).

Para ser desenvolvida em sua plenitude, os profissionais que a executam devem conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico e cultural na qual ela está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem

o envolvimento desta, as ações que visem à saúde das crianças não terão sucesso (SILVEIRA, 2021).

A puericultura dentro da Odontologia ainda é pouco exercida, e isso tem origem em falhas na formação do cirurgião-dentista e profissionais da saúde quanto à importância de pequenas e simples ações de educação, que promovem relevante impacto na saúde na infância. As diversas áreas da saúde e a odontologia deveriam interagir nos mais diversos aspectos, pois a saúde bucal não pode ser considerada uma entidade independente da saúde geral (ASSIS; BARATA, 2003).

Observa-se ainda a necessidade de formação permanente dos profissionais de saúde com temáticas relacionadas à primeira infância, para permitir o domínio de técnicas e conhecimentos necessários que propiciem uma maior segurança e desenvoltura deles na realização de atividades com esse público (SILVEIRA, 2021).

Foram citadas duas práticas educativas nesse perfil, que não haviam sido citadas no grupo anterior: **o Programa Saúde na Escola (PSE) e a visita domiciliar:**

A gente era bem ativo no PSE [...]. E aí a gente fazia escovação supervisionada, fazia atividade educativa, como palestrinhas. A gente organizava sempre uma feira de ciência e a gente não abordava somente o assunto da área odontológica. A gente abordava o que eles pediam (E16).

A gente fazia o PSE e ia semanalmente para as escolas da área [...]. Então a gente sempre estava fazendo atividades na escola, tanto a parte de escovação, mas também fazia essa parte educativa que era desenvolvida pelo PSE. Tinha uma série de atividades com o envolvimento de outros profissionais também (E19).

Às vezes a gente ia numa visita domiciliar, e tinha criança, tinha idoso, tinha adulto. Então a gente procurava juntar e aproveitar para eles assimilarem o máximo possível dentro daquele tempo que tínhamos com eles. Nós usávamos a visita como um espaço social (E33).

O PSE é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação e tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde, através da articulação de ações do setor da saúde e da educação, com o aproveitamento do espaço escolar e de seus recursos (BRASIL, 2009).

As ações do PSE dividem-se em três componentes: o componente I – Avaliação clínica e Psicossocial; o componente II – Promoção e Prevenção à Saúde; e o componente III – Formação, devendo os profissionais da saúde atuar em todos os componentes. Em relação a equipe de Saúde Bucal, ela se insere no PSE com o objetivo de desenvolver ações coletivas de educação e de prevenção, além de avaliação do estado de saúde bucal e de realização das intervenções necessárias (BRASIL, 2009).

Neste sentido, o PSE constitui uma estratégia de fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade e a responsabilização, além de permitir aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitar aos escolares um maior contato com a equipe da ESF (SANTIAGO, 2012).

No entanto, é importante ressaltar a importância de diversificar os locais das ações educativas, tendo em vista que a maioria dos dentistas desse perfil fazem ações nas escolas ou na unidade de saúde. Apenas um dentista citou realizar ações no território:

A gente faz ação no Centro Social. É distante do posto [...]. Mas como a gente faz ação no próprio território, eles vão. Então o engajamento quando a gente faz alguma atividade lá é grande (E16).

Já em relação à Visita Domiciliar, ainda pouco explorada por esse perfil profissional, sabe-se que ela é uma importante ferramenta para conhecer não só o histórico saúde/doença do usuário, mas também o contexto social, ambiental e familiar em que ele está inserido. Isso contribui para uma abordagem mais direcionada às suas principais necessidades de saúde, possibilitando melhor atuação do profissional na prevenção e promoção de saúde de forma integral (PERES, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Além disso, ela pode ser considerada, atualmente, como o principal elo de aproximação entre o usuário e o sistema de saúde, pois no momento da visita domiciliar o profissional é capaz de reconhecer a realidade do indivíduo, e assim atuar como um educador em saúde, podendo modificar práticas e melhorar a qualidade de vida no ambiente familiar. Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de

proteção e empoderamento tanto do usuário quanto de sua rede de apoio (CAZARINI et al., 2002, SANTOS; MORAIS, 2011).

Reforçando a perspectiva de respeito às diferenças culturais e sociais entre usuários e profissionais e a necessidade de se estabelecer uma relação horizontalizada entre as partes, é necessário perceber que assim como a unidade de saúde é o espaço do trabalhador, a casa é o espaço do usuário, cujas singularidades do sujeito devem ser respeitadas. O estabelecimento de vínculos entre o profissional de saúde e o usuário/família ocorre através de um processo muitas vezes lento e dispendioso, mas extremamente produtivo, pois legitima as intervenções, cria vínculos e humaniza o atendimento (SANTOS; MORAIS, 2011).

As Diretrizes da PNSB indicam que ações educativas em saúde podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, pelo Técnico em Saúde Bucal, pelo Auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, especialmente durante as visitas domiciliares. No entanto, ainda é percebido que há uma participação incipiente do dentista, com pouca priorização desse tipo de prática, além da baixa interação com a equipe de saúde da família (BRASIL, 2004; SILVA; PERES; CARCERINI, 2020).

O domicílio é um ambiente desinstitucionalizado, complexo e múltiplo em potencialidades, que requer práticas de saúde bucal substitutivas ao enfoque exclusivamente clínico e procedimental. Trata-se de um território a ser conquistado pelos dentistas, com apoio da gestão, para gerar inovações no processo de trabalho, nas relações entre os profissionais e com os usuários, possibilitando o retorno da centralidade da produção do cuidado na família e modificando práticas profissionais tradicionais (SILVA; PERES; CARCERINI, 2020).

Semelhante ao perfil profissional anterior, a **culpabilização** também emergiu como categoria empírica. As temáticas relacionadas à **valorização do atendimento clínico, a troca de benefícios, a falta de interesse da população e a educação em saúde para adolescentes** também foram citadas como dificuldades na realização de ações educativas pelos dentistas esforçados:

Eu acho que eles valorizam muito mais as consultas e as práticas clínicas, e não muito essas atividades educativas (E16).

Se era um grupo de gestantes, a gente tinha que ir atrás de cesta, de coisa para dar para elas [...] porque era o que motivava elas a vir pro grupo, porque elas sabiam que no final ia ter o sorteio de uma cesta. Parece que a pessoa só funciona com alguma coisa em troca (E19).

A gente achava eles muito dispersos, tinha uns que não valorizavam mesmo, sabe? A gente sentia essa dispersão, principalmente quando fazíamos no posto. A gente não percebia um estímulo, um incentivo. Acho que faltava interesse da comunidade (E33).

Eu sinto dificuldades de abordar adolescentes. As crianças a gente passa um filme, escovação, teatrinho, mas assim...e para o adolescente? Acho muito difícil. Acaba que a gente não sabe lidar bem com esse público (E6).

Um novo tema surgiu na categoria de culpabilização: a **educação em saúde para os pais**:

A gente sensibiliza a criança, mas os pais às vezes não são tão inseridos nesse contexto. A gente já marcou várias reuniões e é mais complicado [...]. Eles acham que é bobagem. A gente fica triste porque os pais não conseguem se inserir tanto nesse processo educativo quanto as crianças (E25)

Em relação a dificuldade em realizar práticas educativas para os pais, é importante enfatizar que o desrespeito aos aspectos sociais e culturais deles podem trazer resistência e indiferença ao que foi “ensinado”. Na relação cuidar-educar, se for desconsiderada a cultura dos usuários, é possível não se atingir os objetivos previstos da ação educativa, pois haverá conflito de ideias pelas maneiras variadas de pensar a realidade. Observar e entender a cultura do outro, tanto no cuidado como nas práticas educativas, é uma necessidade que deve estar inserida no cotidiano das equipes de saúde. Além disso, a formação de vínculo e confiança entre os pais e os profissionais resulta em maior eficácia em ações educativas, aumentando a autonomia deles frente às condições de saúde/doença de seus filhos e de sua própria família (QUEIROZ, JORGE, 2006).

A **gestão** surgiu novamente como categoria empírica, através do agrupamento de quatro temas, sendo dois deles também encontrados no perfil profissional passivo: **a educação permanente e falta de valorização/ incentivo**.

Eu acho que deveriam investir mais em processos formativos abordando outras estratégias educativas. A gente também tem que trabalhar mais com metodologias ativas, ter mais conhecimento sobre isso. Eu acho importante (E2).

Se a gente tivesse uma melhor gestão e valorização dessa parte de Educação Permanente, voltados para essa parte de metodologias ativas

e outros tipos de abordagem educativas, acho que nossos ganhos com essas práticas seriam melhores (E6).

Era necessário que a gente pudesse passar também por treinamentos nesse sentido de como abordar essas ações educativas de uma forma melhor, porque às vezes a gente faz tudo muito intuitivo, sem saber exatamente qual é a abordagem correta (E19).

Não estar motivada, não significa que a gente não faça essas ações. Mas é difícil aceitar o tratamento que essa gestão impõe [...]. É massacrante! A falta de comprometimento e reconhecimento da gestão com a gente é zero (E34).

É notável nesse grupo, que mesmo expondo a gestão como “responsável” por algumas dificuldades na execução dessas práticas, percebe-se um maior “esforço” dos dentistas desse perfil em realizar essas ações, mesmo diante das fragilidades citadas, o que difere bastante do perfil profissional passivo. Além disso, foi quase unânime o posicionamento desses profissionais quanto à necessidade de melhorar os tipos de abordagem educativa em suas práticas, mostrando um direcionamento desses dentistas em modificar suas ações de Educação em Saúde.

Nesta perspectiva, entende-se que há carência de processos formativos mais direcionados para as metodologias ativas e a EPS, que despertem o entendimento e o interesse dos profissionais e, especialmente, promovam reflexões sobre os seus próprios processos de trabalho na ESF.

É importante lembrar que a Educação permanente em saúde tem sido proposta também pelo Ministério da Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, gestão, participação popular e, especialmente, das práticas profissionais e da própria organização do processo de trabalho. Assim, ela deve proporcionar aos trabalhadores da saúde a reflexão e avaliação do seu cotidiano, utilizando a problematização na busca pela transformação das práticas de saúde e de educação (PEDUZZI, 2009; BRASIL, 2014).

Outras duas temáticas surgiram na análise dos dentistas esforçados, relacionados à gestão, e que não foram citadas no perfil profissional anterior: o **processo de trabalho e a estrutura física**.

A gestão começou a priorizar a demanda espontânea. E aí tinha que ficar um médico e um enfermeiro direto, como se fosse um pronto atendimento. Então a agenda deles ficou bem diferente [...]. Realmente perdeu esse vínculo de educação em saúde por essa mudança na dinâmica de trabalho (E6).

É um desafio também a gente casar as agendas de todos os profissionais da equipe, para ficar médico, a enfermeira e o dentista fazendo o trabalho juntos, naquele mesmo dia, naquele mesmo horário, naquele mesmo turno (E16).

Os enfermeiros e os médicos estão completamente fora das ações. Você não consegue levar eles nessas ações educativas na comunidade. São profissionais que estão presos aqui dentro da unidade. É só atendimento, atendimento, atendimento (E19).

Eu acho que deveria ter mais investimento em estrutura física também. Na própria unidade ter um espaço para educação permanente e educação em saúde, um auditório talvez. Locais como escovódromo também. Acho que seria importante (E2).

Sendo a APS a porta de entrada do SUS, a ela é atribuído o acolhimento da demanda espontânea e programada de todas as pessoas adscritas em determinado território. No entanto, alguns estudos demonstram que boa parte da desarticulação das ações educativas dos profissionais da ESF se deve às dificuldades na gestão do processo de trabalho. Na prática, isso se visualiza por equipes sobrecarregadas em seu dia a dia, com dificuldades para responder à demanda espontânea e organizar uma agenda de atendimento aos usuários, considerando que atividades, como a educativa, exigem planejamento, e muitas vezes acabam sendo colocadas em segundo plano (BRASIL, 2012; CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O alinhamento de agenda dos profissionais por equipe, assim como a pactuação de horários ou turnos para o desenvolvimento de ações educativas de forma contínua e com abordagem multiprofissional, constitui estratégias para possibilitar a integração da equipe, possibilitando o planejamento e execução de ações educativas que, quando articuladas, têm potência para promover a integralidade da atenção à saúde.

A estrutura física dos serviços da APS, segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), é considerada um problema da atenção à saúde pública, compondo um conjunto de fatores que geram impacto negativo na prestação de serviços e evidenciam uma das maiores dificuldades enfrentadas nesse setor. Desde 2013, a Prefeitura de Fortaleza tem promovido a reforma e a requalificação de algumas UAPS. No entanto, muitas unidades ainda não foram contempladas e algumas ainda permanecem com os mesmos problemas de infraestrutura.

A falta de espaço na unidade de saúde para a realização de atividades educativas foi uma dificuldade também relatada por profissionais de saúde em

outros estudos. É fato que isso pode dificultar a realização de atividades educativas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade, devendo a estrutura física das unidades de saúde ser facilitadora da mudança das práticas em saúde (JESUS et al., 2008; MELO, SANTOS; TREZZA, 2005; MOUTINHO et al., 2014).

No entanto, é importante observar nesse perfil profissional que mesmo com espaços físicos desfavoráveis, existe empenho de determinados trabalhadores em manter esse tipo de ação, legitimando-a diante da equipe, da comunidade e da gestão local.

A **pandemia** da COVID-19 também foi citada como uma dificuldade, gerando também desmotivação por esses profissionais, mas com uma menor frequência que o perfil anterior:

A gente anda bem desmotivado com tudo isso que a gente tá passando. Essa questão da pandemia é algo que vai deixando todo mundo cheio de preocupações (E19).

Antes da pandemia tinha essas ações com mais frequência. Mas depois da pandemia a gente ficou mais concentrado no atendimento clínico mesmo. E agora é que estamos retornando aos poucos. Mas ainda não me sinto muito motivado a fazer essas ações não (E22).

Houve um menor impacto da pandemia nesse perfil profissional comparado ao perfil anterior, já que esses dentistas realizam uma maior variedade de atividades educativas, não ficando restritos apenas ao ambiente escolar, que foi um dos mais prejudicados pela suspensão dessas ações.

Entre os dentistas esforçados, já há a percepção e citação de alguns fatores que promovem a motivação e que podem potencializar as práticas educativas, sendo bastante citada a importância da construção de parcerias promovendo a intersetorialidade:

A gente fazia ações em uma escola muito boa. A direção era muito parceira. Tudo que a gente solicitava, eles providenciam. Então, a gente ia muito motivado para fazer ações lá (E16).

Quando vem estudantes das universidades, que já são pessoas mais atualizadas, que já tem práticas mais diferenciadas, eles já trabalham com coisas super diferentes. [...]. E aí a gente vê as atividades que são realizadas por eles, já é outra energia, já são outros métodos ativos (E19).

Eu acompanho um grupo de alunos. Já tem uns dois anos que eu sou preceptora com eles. Aí com os alunos a gente desenvolve muitas ações.

Eu gosto bastante, até pela própria empolgação deles, traz essa empolgação pro profissional também (E22).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta que os profissionais de saúde devem identificar parceiros e recursos que possam potencializar e desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. Dessa forma, a busca por parceiros tais como associação de moradores, igrejas, escolas, organizações não governamentais, além de instituições de ensino, constitui uma das estratégias para facilitar e otimizar a realização de práticas educativas que interajam com a comunidade, com vistas à promoção da saúde (BRASIL, 2012; KLEBA, 2016).

As parcerias com as universidades, com a atuação dos dentistas como preceptores, merecem destaque por permitir a troca de saberes e experiências entre profissionais, usuários e alunos, possibilitando o conhecimento da realidade e a integração serviço/comunidade de modo dinâmico. Isso permite a esses profissionais apropriar-se dos processos de trabalho, ressignificando suas ações educativas e transformando-as em práticas concretas de intervenção e reflexão (NÓVOA, 2009; CARVALHO, 2015).

Além disso, como foi percebido em algumas falas, o exercício da preceptoria promove a motivação e aumenta o entusiasmo dos trabalhadores de saúde, criando uma oportunidade de desenvolvimento profissional pelo contato com estudantes e pelas novas abordagens educativas trazidas por eles. As teorias da educação em saúde atualizam-se – não no sentido de serem confirmadas, mas na sua conexão com as práticas – a partir das indagações, críticas e reflexões que surgem no debate entre os atores que ensinam e aprendem juntos (NETA; ALVES, 2016; NORDI, 2022).

Outras motivações citadas pelos dentistas desse perfil foram a **percepção de melhoria de saúde da população** e a **própria motivação pessoal do profissional**.

Eu consigo perceber melhora, principalmente nas crianças, no público infantil. Com as famílias, com as mães, eu vejo essa melhora [...]. Isso nos motiva a continuar fazendo o nosso trabalho. Os idosos também ficam felizes quando a gente vai fazer alguma ação com eles. Vejo que a educação em saúde só tem ganhos (E2).

Se a gente conseguir ajudar uma pessoa, duas por dia, tudo vai ser levado para as famílias e pro convívio familiar deles. É uma sementinha,

mas vai ter um resultado que vai trazer algo de bom e aquilo vai ser disseminado para outras pessoas. Se eu ajudar uma pessoa por dia, eu já estou feliz. Isso me motiva! (E33).

Eu gosto muito de fazer essas ações, mas eu tenho colegas aqui que não fazem de jeito nenhum, entendeu? Tem esse fator de motivação individual mesmo (E22).

Diferentemente do perfil profissional passivo que tem a percepção da falta de resolutividade dos problemas da comunidade, como se estivesse “enxugando gelo”, o dentista esforçado percebe uma melhoria na condição de saúde da sua população, o que acaba por gerar também uma motivação pessoal.

Os relatos identificam, ainda, que a motivação se dá de maneira intrínseca, onde cada um demonstra impulsos motivacionais de formas e em períodos distintos, entendendo que isso afeta diretamente a forma de desenvolvimento de suas atividades profissionais e da sua própria realização pessoal (VOLPATO, 2002).

Dessa forma, a motivação interna deve ser desenvolvida, pois é ela que adquire maior valor e alcança o melhor objetivo que é o da participação e envolvimento nas atividades planejadas e implementadas, gerando o comprometimento do profissional. No entanto, além de incentivar, é necessário proporcionar condições adequadas para a sua concretização e isso pode ser possível por meio da inclusão dos profissionais no planejamento e implantação de estratégias desenvolvidas pelas instituições e serviços (WEYKAMP et al., 2015).

Além disso, é ímpar a percepção da motivação como ferramenta potencializadora das ações de educação em saúde, no intuito de estimular o autocuidado dos usuários dos serviços e instituições de saúde, possibilitando ampliar a sua autonomia e coparticipação na promoção da saúde (LUBINI, 2018).

5.2.1 Os princípios da EPS e o perfil esforçado

Diante da análise das entrevistas, foi percebido, mesmo que de forma incipiente, o aparecimento de alguns princípios da EPS: **o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento:**

Fazíamos as ações de acordo com a demanda da comunidade. A gente tentava ver, tentava conversar com a população, para ver o que eles

queriam e começava a fazer uma atividade de acordo com o que eles demandavam (E6).

No grupo de gestante, a gente ia pedindo para elas darem a opinião delas e o que elas achavam que seria bom abordar. E também a gente via algumas necessidades e fazia os encaminhamentos com base naquilo que a gente observava. Mas nós tínhamos esse diálogo constante com elas (E22).

Eu acho que a gente pode trabalhar mais com a comunidade, com os grupos que eles já têm, com o que eles acham que têm uma importância. E aí a gente se aliar. Fazer essas ações de uma forma mais engajada a eles (E6).

O diálogo é considerado um encontro de conhecimentos, em que há o compartilhamento respeitoso dos diversos saberes, ampliando o conhecimento crítico e contribuindo com o processo de autonomia e emancipação dos sujeitos. Dessa forma, a participação e o envolvimento da comunidade só são possíveis através de um diálogo que permita a união, o desenvolvimento e a conscientização, ou seja, a educação para transformação social (FITTIPALDI et al., 2021; NUTO et al, 2006).

É importante enfatizar que ao desencadear um diálogo com o usuário, o trabalhador da saúde deve certificar-se de que ele entenda o conteúdo que está sendo abordado, pois, caso não isso não ocorra, a sua saúde pode estar sendo colocada em risco em razão do não estabelecimento do processo comunicativo. Assim, no processo de comunicação, é fundamental que ocorram a escuta, a observação e a interação entre as pessoas, sendo imprescindível a disponibilidade interna do trabalhador, a partir de uma ação intencional, orientada por um interesse concreto (ALVES; AERTS, 2011).

A construção do conhecimento refere-se a um processo de interação em que sujeitos possuidores de saberes diferentes, se articulam a partir de interesses comuns. A realização desse tipo de proposta pressupõe incorporar nas práticas educativas os conhecimentos produzidos pelos sujeitos envolvidos, valorizar a troca de experiências e saberes entre profissionais de saúde e população, bem como propor a incorporação do planejamento participativo nas práticas educativas, o que já começa a ser observado nas falas desse grupo (ACIOLI, 2008).

Uma ação educativa ampliada, dialógica e reflexiva pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais, como em conversas com os moradores em espaços sociais fora da unidade de saúde, o

que ainda é algo pouco realizado por esse perfil profissional (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Os dentistas esforçados já demonstram um certo avanço na relação dialógica e na construção compartilhada do conhecimento no processo educativo. No entanto, ainda permanecem incipientes outros princípios da EP como a problematização, a amorosidade e a construção de um projeto democrático e popular, assim como o uso de metodologias ativas nas ações de Educação em Saúde. Também é pouco perceptível nesse perfil profissional, o planejamento de ações de forma dinâmica, desenvolvida a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificadas da população, com base em seu contexto social.

5.3 Dentista Empoderado

Esse perfil foi encontrado em 1/3 dos profissionais pesquisados. Dos 13 dentistas desse perfil, 11 possuem alguma pós-graduação em Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva, o que também reflete na apropriação que esse grupo tem em relação ao conceito ampliado em saúde e ao seu processo de trabalho.

No discurso desses profissionais, é percebido o seu comprometimento e a sua motivação profissional, ainda que com muitas críticas a forma de organização dos serviços e ao modelo biomédico ainda predominante. Em relação ao termo *educação popular*, observa-se um empoderamento desses entrevistados em relação a esse conceito:

Na educação popular a gente deve aproveitar sempre o conhecimento da população e agregar ao nosso conhecimento mais técnico. Então eu acho que é a gente se unir a comunidade e a gente tentar fazer uma educação junto. De troca, né? Aquela coisa bem Paulo Freiriana, de você aproveitar o que a população já conhece, já faz (E1).

A educação popular em saúde é a participação da comunidade dentro do próprio território. É a troca, é a discussão de estratégias entre os profissionais e a própria comunidade. É a troca de ideias. Acho que também é a participação da comunidade na construção das atividades da equipe de saúde. É a comunidade ser ativa no processo educativo (E20).

Educação popular é justamente estimular a participação do usuário de seus saberes, dos saberes da comunidade. É o saber que vem das tradições, do saber popular, que eles trazem de família, de antepassados e que está enraizado na cultura e que a gente tem que estimular (E28).

Acho que seria uma troca. Quando eles enviam as suas crenças para enriquecer o nosso conteúdo. A gente chega muito com a nossa ciência, do que a gente sabe. Os nossos saberes têm os benefícios. Mas a gente tem que compreender os saberes deles. E esses saberes podem andar juntos, até para desmistificar e ajudar a entender várias questões desse processo saúde e doença (E30).

Dos 13 dentistas desse perfil, 11 apresentam cursos ou capacitações voltados para a temática de educação popular e metodologias ativas, o que parece interferir diretamente no discurso, na forma que o profissional se insere no processo educativo e nas práticas realizadas.

A montagem da estrutura de análise foi feita através da decomposição das falas desse grupo em temas, que foram posteriormente agrupados em seis categorias empíricas: práticas educativas, desafios, gestão, outros fatores dificultadores/desmotivadores, fatores motivadores e princípios da EPS na realização das práticas de Educação em Saúde (Quadro 6).

Quadro 6 - Descrição de categorias empíricas e temas do corpus dentista empoderado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias Empíricas	Temas
Práticas educativas	Grupos
	Práticas lúdicas
	Roda de conversa
	Pré-Natal odontológico
	Puericultura
	Visita Domiciliar
	Ações preventivas coletivas
	Sala de Espera
	PSE
Desafios	Falta de interesse/ motivação da população
	Valorização do atendimento clínico
Gestão	Processo de trabalho
	Falta de incentivo/valorização
	Educação Permanente
	Carências de profissionais
Outros dificultadores	Estrutura física
	Vulnerabilidade
	Falta de comprometimento profissional

	Pandemia
	Demanda reprimida por atendimento clínico
Fatores motivadores	Intersetorialidade
	Ações interprofissionais
	Motivação pessoal
Princípios da EP	Amorosidade
	Construção compartilhada do conhecimento
	Diálogo
	Problematização
	Compromisso com a construção do projeto democrático e popular
	Emancipação

Fonte: Autoria própria (2022).

Em relação às práticas educativas desse perfil profissional, observa-se uma variedade de ações educativas realizadas, sendo as práticas com os **grupos** a mais citada, juntamente com as **práticas lúdicas**:

Me juntei a uma psicóloga aqui do posto e tivemos a ideia de criar o grupo de gestantes e o grupo de mães. A gente começou a trabalhar muito com esse público (E1).

Nós temos aqui um grupo de hipertensos/diabéticos, que é um grupo que continua até hoje. Deu essa pausa por conta da pandemia, mas a gente já retomou nossas atividades. São mais de dez anos desse grupo (E15).

Eu conto uma história, uso o lúdico, e percebo que aquilo fica na cabeça deles mesmo depois de muito tempo. É muito interessante. Peço para eles fazerem um desenho depois do teatrinho. É muito legal (E9).

A gente tinha um dadinho que era de perguntas e respostas. A gente jogava as perguntas e usava os dadinhos para ver se eles sabiam se era verdade ou era mito. Fazia teatrinho, desenhos, pintura. Então a gente tentava fazer essas abordagens mais lúdicas, mais ativas, para tornar as ações mais interessantes (E30).

Mesmo com a citação dessas práticas nos perfis profissionais anteriores, percebe-se que os dentistas empoderados possuem grande preocupação em relação ao tipo de abordagem educativa e metodologia a ser empregada nas ações:

A gente tenta sempre fazer uma metodologia mais ativa possível para que as pessoas participem. De preferência às vezes até confeccionando alguma coisa ou brincando. A gente percebe que isso é o que chama mais atenção, que acrescenta mais do que aquela palestra tradicional [...]. E a gente tenta fazer sempre atividades mais de acordo com o cotidiano da pessoa, com a linguagem daquele público (E1).

A metodologia muda completamente o processo. Isso aí para mim é muito claro. Se você trabalha um processo passivo, o grupo vai ser passivo. Se você trabalha em processo ativo, o grupo passa a ser ativo. E isso gera uma questão de motivação (E15).

Nos grupos, a gente sempre usa a metodologia de fazer o usuário participar do que está sendo colocado, porque a gente já sabe que só transmitindo a informação não funciona muito bem. Então a gente tem que se usar de meios para levar aquele determinado assunto para realidade deles (E27).

Com certeza tem que ter um pouco de professor dentro da gente, porque se a gente não tem a didática ou a percepção de que tem que se envolver, se engajar com aquele público ali, realmente vai ser você só falando para muitos e nada será absorvido (E30).

O uso de metodologias ativas é alicerçado em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na teoria de Paulo Freire. Por meio disso, o educando deve ser capaz de gerir seu autoconhecimento, fazendo parte ativamente desse processo, e não dependendo apenas do educador (FREIRE, 1996; VASCONCELOS et al., 2017).

Partindo do pressuposto de que todo profissional de saúde é um educador, é importante perceber que a definição do tipo de abordagem que norteará a ação educativa depende da intencionalidade do processo educativo. Não existe neutralidade. Ou o processo educativo intenciona reproduzir a submissão ou ele visa à autonomia do usuário para participar ativamente no seu projeto terapêutico com enfoque na promoção da sua saúde e de sua coletividade, ou seja, na perspectiva de contribuir para o autocuidado (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

As metodologias ativas nas práticas educativas em saúde permitem o diálogo, a troca de experiências, além de valorizar o usuário como parte importante e principal no processo de mudança de sua realidade e da sua condição de saúde (SIMON et al., 2014).

As **rodas de conversa** também foram práticas educativas bastante citadas por esse perfil profissional, e que não foram citadas nos perfis anteriores:

A gente procura sempre escutar a pessoa, tirar a dúvida naquilo que ela tá querendo saber, ter essa troca. Uso muito a roda de conversa para fazer esse tipo de ação (E5).

A gente tem várias formas de abordar. E uma que eu gosto muito é de ouvir cada um, essa roda de conversa, essa troca de saberes, onde cada um tem alguma coisa para acrescentar [...]. Diferente daquela outra metodologia que é só ouvir. Já essa forma de troca, para mim, é muito

mais construtiva do que você só falar, falar, falar e os outros escutar (E14).

Procuro usar mais metodologias que permitam a participação do usuário, tipo as rodas de conversa, que estimulam a participação do público, para que não seja uma coisa direcionada apenas a nossa parte, mas que tenha a participação deles também (E28).

A roda de conversa é uma estratégia de extrema relevância na Educação em Saúde, pois ela é um método de discussão que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir das vivências que cada pessoa possui, permitindo aos participantes expressar suas impressões, conceitos e opiniões sobre o tema proposto, assim como trabalhar de forma reflexiva as manifestações apresentadas pelo grupo (SAMPAIO et al., 2014; MELO, CRUZ, 2014).

A roda de conversa é uma dinâmica ancorada nos “Círculos de Cultura” propostos por Freire que favorecem essas trocas de experiências e de saberes, sendo de extrema importância na APS. O seu objetivo é proporcionar o compartilhamento de conhecimentos, valorizando os saberes e a experiência dos participantes, permitindo aos sujeitos identificar e discutir os problemas de saúde que mais acometem aquela população. Dessa forma os princípios do **diálogo** e da **problematização** são evidenciados nesse tipo de prática educativa (FREIRE, 1983; DIAS et al., 2018).

Outro tipo de prática que também não foi citada nos perfis anteriores foi o **pré-natal odontológico**:

Eu faço bastante ação educativa durante o pré-natal odontológico, compartilhado com o médico ou a enfermeira [...]. Eu aproveito o pré-natal para fazer essa parte educativa de orientação, de abrir o caderninho da gestante e mostrar várias informações interessantes que elas nem sabem que tem, de ter essa troca com elas (E10).

No pré-natal odontológico a gente trabalha muito com a conscientização dessas gestantes. No início, nos dois primeiros trimestres, a gente aborda mais sobre a saúde bucal da mãe. E no último trimestre fica mais dedicado à conversa sobre os cuidados com bebê (E11).

O período gestacional é uma excelente oportunidade para o profissional de saúde promover ações educativas pois é um momento em que a mãe está mais aberta a orientações e a absorver novos conhecimentos, além de estar mais sujeita a transformações quanto aos seus hábitos e de sua família (MOIMAZ, 2007; SILVA, 2013).

No pré-natal odontológico, o dentista deve estar atento também para interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais), que é algo único e que interfere diretamente na motivação da gestante dentro do processo educativo. Deve-se, portanto, utilizar preferencialmente metodologias participativas, com a troca de experiências e a escuta qualificada às demandas dessas gestantes, que muitas vezes são diferentes das necessidades evidenciadas pelos profissionais de saúde (RIOS; CUNHA, 2007; FAGUNDES, EMMERICH, 2017).

As outras atividades educativas realizadas por esse perfil profissional, que também foram citadas nos perfis anteriores, foram a **puericultura, a visita domiciliar, as ações preventivas coletivas, ações em sala de espera e PSE:**

A gente faz a parte de puericultura odontológica que eu faço compartilhada com a enfermeira. É um momento muito rico porque é uma consulta de puericultura da enfermagem e ao mesmo tempo eu aproveito para inserir todos os cuidados com o bebê (E10).

A educação em saúde na visita domiciliar é muito interessante, já que você pega dentro de uma família vários perfis e demandas. E aí você tem que orientar as pessoas, de diferentes entendimentos, sob vários aspectos. E aí você trabalha diversos temas [...] ao mesmo tempo em que você escuta os que eles têm a dizer (E9).

A gente fazia essas ações sistemáticas semanalmente nas escolas e também na unidade de saúde. Eram ações de educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação de flúor gel (E28).

A gente fala sobre tudo na sala de espera. Mas claro, que de acordo com o público. A gente procura abordar vários temas (E14).

A gente vai nas escolas também quando o PSE estava funcionando, a gente fazia as campanhas do HPV, da meningite, fazia escovação, olhava cartão de vacina, fora as ações educativas, teatrinho (E14).

Semelhante ao perfil esforçado, o dentista empoderado possui uma visão ampliada da saúde bucal, com a abordagem de temáticas diferentes, que não se restringem apenas a “boca”, diferente do perfil profissional passivo:

Eu não falo só de saúde bucal. Eu entro em outras temáticas. Não vou fazer educação em saúde bucal simplesmente. Estou ali a disposição quando demandam uma situação, eu trabalho essa questão, seja ela que temática for (E5).

Os temas são os mais variados. A gente se mete em muita coisa, desde uma consulta compartilhada de pré-natal até fazer ações em sala de espera com outras temáticas: nutrição, alguma doença que esteja mais

em evidência, sexualidade. A gente consegue abordar muita coisa (E14).

No entanto, os dentistas empoderados costumam planejar e avaliar as suas ações educativas, diferentemente dos outros perfis:

Nós temos uma reunião mensal da equipe e a gente se senta para discutir os casos e as demandas da nossa área. A gente tenta avaliar, ver o que a gente precisa melhorar e tal. E aí uma das coisas que é discutida é esse momento de educação. A gente planeja de acordo com as demandas (E10).

A gente sempre procurava fazer um planejamento das ações. E todas as vezes que terminava um processo educacional, a gente se sentava, avaliava e planejava o seguinte [...]. E era um momento que a gente tinha de se reencontrar, de realmente se sentar com uma equipe, não só planejar as atividades educativas, mas também pensar as atividades como um todo (E15).

A equipe sempre se reunia para planejar e executar as ações. Depois a gente avaliava. E é claro que tem ações que a gente não faz esse planejamento todo. É mais um planejamento bem simples, mas a gente faz para direcionar melhor essas ações (E28).

O processo de educação em saúde deve ser desenvolvido conforme a necessidade, capacidade, interesse, cultura e conhecimento individual e coletivo, e deve de ser, na maioria das vezes, planejado e executado de forma estruturada e sistematizada. Não se pode conceber o planejamento de ações sem antes considerar as premissas do planejamento educativo. Se isso ocorrer, a prática subsequente será equivocada e, portanto, ilógica no que diz respeito às necessidades da população-alvo que se pretende atingir (ANDRADE, 2013; MELO et al., 2009).

Toda ação de EPS necessita ser previamente planejada, mas isso não significa que o planejamento será inflexível. No entanto, a organização é um elemento chave para uma ação com possibilidades exitosas. O ato de planejar visa a estruturar e a otimizar o trabalho, com vistas a uma ação educativa qualificada (MONTEIRO, 2015).

Já o processo avaliativo é de extrema importância para o desenvolvimento e continuidade das práticas de Educação em Saúde, pois possibilitam observar se os objetivos do processo educativo para os profissionais e para comunidade estão sendo alcançados. Podem ser utilizados alguns instrumentos, como relatórios de produção diária, prontuários dos usuários, aplicação de questionários com perguntas sobre os assuntos discutidos, ou, ainda, através de conversas entre

profissionais e usuários, sendo relevante também a autoavaliação profissional em relação a sua prática educativa. É importante ressaltar o comprometimento da equipe para manter e ampliar o relacionamento com a comunidade e usuários, o que influenciará nos resultados obtidos nessas práticas (FERRAZ; BARROS; VIEIRA, 2009).

Outra característica desse perfil, que não é percebido no discurso dos anteriores, é a realização de ações educativas no território em diferentes espaços sociais:

A gente fazia em igrejas, nos centros culturais que aglomeram pessoas de diversas idades, em associações de moradores [...]. Essa era a rotina do Saúde da Família, era sair da unidade (E27).

Um ACS sempre me ajudava e conseguia alguns espaços sociais para a gente realizar ações. Eram igrejas, quintais de algumas residências de moradores, associações comunitárias, abrigo de idosos. Já aconteceu da gente fazer uma ação numa calçada de um supermercado da área. Sempre era num local da própria comunidade (E2).

A identificação de espaços sociais para a realização de atividades educativas é fundamental para permitir a aproximação do profissional de saúde e da comunidade nessas práticas. Ao sair da “caixinha” do consultório odontológico e da unidade de saúde, esses dentistas estreitam vínculos e criam relações mais horizontais, que favorecem a participação da população no processo educativo.

Nesse perfil profissional, **a falta de interesse da população em práticas educativas e a valorização pelo atendimento clínico** não são entendidas como produtos da culpabilização, mas são vistas como **desafios** existentes que necessitam ser superados:

O que pega é a história de como chegar na população e motivá-los para participarem dessas atividades educativas. Eu acho que esse é o grande desafio. A gente também tá tentando descobrir isso (E1).

Creio que o sucesso dessas ações depende também de como aquela comunidade está apta, está condicionada, está motivada a receber ou não. Às vezes você faz uma atividade para trinta pessoas e você vê que só em duas, três, funcionou perfeitamente, teve mudança de comportamento e a pessoa se motivou, mas com as outras não. Isso não quer dizer que não valeu a pena aquele processo educativo (E27).

Quando o profissional é contratado, ele é colocado dentro do serviço de uma estrutura curativa [...]. Quer dizer que o enfoque é curativo. A Estratégia Saúde da Família ficou quase apenas em um aspecto teórico de quem estruturou. Então a procura da população acaba sendo voltada também para a parte curativa. Mas cabe a nós como profissionais de

saúde sensibilizar essa comunidade para a importância desse outro lado: a parte educativa e preventiva (E9).

O interesse da população em ações educativas e a valorização do atendimento clínico são grandes entraves relatados por muitos profissionais em suas práticas em outros estudos. Para que ocorram mudanças nesse paradigma, é preciso um trabalho contínuo de conscientização dos profissionais junto à comunidade, sobre os preceitos da atenção básica, da ESF, para consolidar as propostas desse novo modo de assistência à saúde. Além disso, é importante ressaltar que para a população perceber o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios das ações educativas para a saúde da população, que é algo percebido nesse perfil (ROECKER, BUDO, MARCON, 2012).

Diferentemente do perfil esforçado e passivo, o dentista empoderado percebe essas dificuldades, mas não culpa a população por elas. O perfil empoderado entende que essa comunidade está inserida em um contexto dinâmico, que sempre deve ser observado:

Se você trazer um processo educacional que seja relevante, que entenda o processo que existe dentro do território, que entenda a dinâmica da população, que aquilo seja significativo para eles, você consegue geral a motivação e o interesse dele por aquela atividade (E15).

A **gestão** aparece novamente como responsável por algumas dificuldades no desenvolvimento dessas ações educativas, sendo quatro temáticas já citadas nos perfis anteriores, como as relacionadas ao **processo de trabalho, a falta de incentivo/ valorização, a educação permanente e a estrutura física:**

Antes as agendas eram mais coincidentes, nós tínhamos tempo de nos reunir, não tinha essa priorização desse pronto atendimento. Essa estratégia está acabando mesmo com a Saúde da Família. É um investimento na cronicidade das doenças [...]. Eu não acho que eu esteja fazendo mais saúde aqui (E23).

Acho que a gestão deveria estimular os profissionais dando mais suporte, dando mais estrutura, auxiliando e valorizando mais esse processo porque se depender só da gente às vezes é difícil conseguir sozinho. A gente faz o que a gente pode. Mas se a gestão se prontificasse mais a nos auxiliar nesse sentido, poderia melhorar (E28).

Antigamente, essa questão da educação permanente e da educação popular era muito valorizada. A gente tinha as cirandas, a gente tinha uma troca, a gente tinha um intercâmbio maior do saber popular com o nosso. Eles coexistiam. Aí quando mudou a gestão, mudou-se muito a

lógica do cuidado (E11).

Creio que deveríamos capacitar mais e mais profissionais a estarem atuando nos seus processos com metodologias ativas [...]. Quanto mais pessoas tiverem abordando essas metodologias, mais a gente vai conseguir otimizar essas ações levando algo realmente significativo para a população (E15).

A nossa falta de estrutura é complicada. A gente não tem um auditório, a gente não tem um espaço amplo, então a gente fica tendo que buscar parceiros, espaços sociais, barracas de praia, escolas, associações, para a gente conseguir fazer esse tipo de atividade (E1).

Outra temática citada relacionada a gestão, mas que não aparece nos perfis anteriores, foi a **carência de profissionais**:

No momento que você tem uma área de abrangência com a população equivalente a um município de médio porte, e você só tem três dentistas, como é que a gente vai dar uma resposta para essa população? Se tivesse a quantidade de profissionais ideal para cobrir a quantidade de famílias ideal, que é preconizada, a gente teria mais disponibilidade e tempo para estar atuando na educação em saúde (E28).

Não há nenhum concurso para dentista. Atualmente a gente está com três aqui, mas éramos seis. E daqui a pouco sai e fica só um para dar conta da demanda, atender e passar remédio. E é só isso que a gestão quer (E23).

Para a efetivação da educação em saúde, é necessário, além da vontade para realizá-la, a disponibilidade de recursos materiais, recursos humanos e apoio. A atuação do gestor no planejamento das ações, na promoção de capacitação e manutenção das equipes pode interferir nos resultados apresentados na realização dessas ações. Os gestores devem estar comprometidos para incentivar e fortalecer as ações educativas, conhecendo a realidade dos profissionais e permitindo a reorientação dessas práticas (SOUZA et al., 2010).

. A educação permanente atua como estratégia para mudança na realidade dos serviços de saúde, provocando uma aproximação das práticas de saúde voltadas para o usuário e sua qualidade de vida. Nesse perfil profissional é possível perceber a interferência direta da educação permanente nas metodologias educativas, na visão crítica e no processo reflexivo que permeia as ações “empoderadas” desses dentistas.

Nessa perspectiva, a valorização dos profissionais que atuam nesses cenários também é imprescindível, pois eles são sujeitos capazes de transpor barreiras e mudar a realidade a partir de suas práticas. Tornam-se essenciais intervenções da gestão para a minimização das dificuldades relacionadas à

estruturação da ESF e à falta de recursos para a prática educativa, facilitando o diálogo e a crítica em um movimento potencialmente capaz de reestruturar as relações de trabalho desveladas e possibilitar harmonia no aprender em coletividade (MOUTINHO et al., 2014).

De forma quase unânime, o perfil empoderado se mostrou bastante preocupado com as questões relacionadas à **vulnerabilidade** de sua população, citando esse fator como um grande dificultador na realização de suas práticas educativas:

Eu vejo a comunidade tão desesperançosa. São tantos problemas alheios [...]. Hoje a gente vê a fome bater na porta, a gente vê o desemprego muito grande. Então, as pessoas não estão tão abertas quanto antes para essas práticas. A educação em saúde não está ocorrendo como deveria (E11).

Hoje a dificuldade que eu vejo é a maior vulnerabilidade social da comunidade porque a gente está vendo uma quantidade de violência enorme. Então além do medo, tem a questão da fome, do desemprego. Então como aquela ação vai ter significado para aquela pessoa, se aquela pessoa não tem o que comer dentro de casa? Como é que você vai falar em educação em saúde quando aquela pessoa está altamente vulnerável? (E11).

A população às vezes é muito resistente a essas ações. Mas também temos que ver a própria condição social. Às vezes impede que a pessoa tenha interesse, que vá atrás de modificar os hábitos. É complicado, é muita coisa envolvida (E28).

De que adiantaria eu estar falando sobre saúde bucal, saúde dos dentes, do bichinho da cárie, se a maioria das crianças estão com problemas sociais, fome, violência doméstica? Então assim, são temáticas que o profissional da saúde tem que ter aquela perspicácia de perceber se o assunto que você está abordando vai ser absorvido por aquele público (E31).

A vulnerabilidade em saúde é vista como a "chance de exposição das pessoas ao adoecimento", decorrente de um conjunto de componentes individuais, sociais e programáticos, bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos a essas situações (AYRES et al., 2003).

A marca da vulnerabilidade é a complexidade, a partir da qual uma série de fatores interdependentes e interatuantes, mesclados e ativos, processam saúde ou doença. Além disso, evidencia a dinamicidade e singularidade desse processo, pois este pode ser experienciado de modo diferenciado entre os diferentes sujeitos e grupos, de acordo com os contextos históricos e histórias de vida (BOSI; GUERREIRO, 2016).

Problemas como o desemprego, a precarização das relações de trabalho, a iniquidade na distribuição de renda e a violência contribuem para a intensificação de um ciclo que gira em torno da pobreza, do isolamento e do adoecimento. No entanto, o reconhecimento dessas vulnerabilidades pelos profissionais de saúde permite identificar possibilidades e recursos para o seu enfrentamento e superação. Além disso, pode caracterizar o processo de cuidar como um momento de oportunidades de troca de saberes e estabelecimento de vínculos, a partir da mediação da história de vida dos seus usuários (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; MAZZA et al., 2016).

É importante enfatizar que a identificação dos elementos de vulnerabilidade de uma dada população, como demonstrado por esse perfil profissional, e a relação entre os diversos contextos individuais e sociais pode dar espaço ao fortalecimento de ambientes saudáveis de vida e do autocuidado para a saúde. Portanto, as práticas de educação e promoção da saúde necessitam extrapolar os componentes informativos e incorporar a análise da vulnerabilidade no planejamento de ações educativas a grupos populacionais específicos, como estratégia de enfrentamento (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Outra dificuldade relatada foi a **falta de comprometimento** de alguns profissionais na realização dessas ações:

Eu me sinto bem motivada para fazer essas práticas porque eu acho que é o que a gente deve fazer prioritariamente na atenção primária. Mas o que dificulta muito é que não são todos os colegas que querem participar. Eu acho que se todo mundo agregasse, seria bem melhor (E1).

Acho que uma grande dificuldade é sensibilizar todos os profissionais a realizar essas práticas, que é algo que aos poucos a gente está sentindo que está diminuindo, e que muitos profissionais estão perdendo o interesse. Não é o meu caso, porque eu gosto disso. Mas não é um perfil de todos os profissionais. Muitos vão sempre botar a culpa na gestão. Mas aí tem muita coisa que não precisa nem que a gestão ofereça condições, que você tem condições de criar uma forma de fazer (E10).

Infelizmente, atualmente, essa parte de Educação em Saúde fica muito a cargo do servidor. Ou ele ama ou ele odeia, ou ele se identifica com a educação em saúde ou ele foge a léguas. Ele atende quinhentos e não quer fazer uma ação educativa. Então eu acho que tem que ser colocado em agenda, tem que ser cobrado e tem que ser dada a condição pro servidor (E14).

Como a gente trabalha com a equipe, percebo que a participação do médico é mais clínica mesmo. Dificilmente eles têm tempo para participar dessas ações. Já as enfermeiras e os ACS têm muita participação nesse processo. Mas também não são todos que se

engajam (E20).

A falta de comprometimento de alguns membros da equipe pode estar relacionada ao perfil do profissional inserido nessa comunidade para realizar ações de educação em saúde. No entanto, segundo a PNAB, são atribuições de todos os profissionais da equipe a realização dessas ações à população adscrita. Sendo a ESF composta por uma equipe multiprofissional, é de suma importância que esta esteja presente e participativa em todo o processo de planejamento e desenvolvimento dessas ações educativas (BESEN et al., 2007; BRASIL, 2012).

Para desenvolver um trabalho voltado para promoção e para educação popular, os profissionais integrantes da equipe devem ter uma visão ampla sobre o processo saúde e doença que pode acometer a população assistida, além de estarem comprometidos com o trabalho interprofissional. É necessário conhecer as necessidades de cada profissional, para que cursos de capacitação e reciclagem de profissionais em serviço possam vir a adequar os perfis desses profissionais e consolidar as práticas educativas na Estratégia Saúde da Família (ANDRADE, SORATO, 2013).

Outras dificuldades relatadas, e que para esses profissionais estão intimamente relacionadas, são a **pandemia e a demanda reprimida por atendimento:**

Acho que com a pandemia houve uma quebra dessas ações, você ainda tem que recuperar um pouco. [...]E agora que os atendimentos recomeçaram, a gente veio com uma demanda reprimida que era quase igual a aquela quando a gente entrou no PSF. Então tem que dar uma avançada nisso, para depois a gente poder retomar essa educação em saúde de uma forma contínua (E14).

A gente está com uma demanda reprimida muito maior depois da pandemia. Então se você me perguntar hoje se a minha agenda permite que eu tire um turno por semana para trabalhar ação educativa, eu vou dizer que não, porque está muito complicado da gente dar conta [...]. A gente sempre teve demanda reprimida, mas hoje ela é imensamente maior (E27).

Eu sempre gostei muito desse tipo de ação, porque acredito que a odontologia vai além do consultório, mas infelizmente no momento eu sinto que a demanda do atendimento clínico aqui é muito grande. Com essa demanda, eu não consigo respirar. A gente tá atendendo muito [...]. Então eu não estou conseguindo sair da clínica. Devido à pandemia, a demanda ficou reprimida e agora a gente está tendo que dar uma resposta para essa população que está precisando (E28).

Para o perfil empoderado, a pandemia gerou uma demanda reprimida ainda maior que acabou provocando uma limitação das práticas educativas pela dificuldade desses dentistas de "saírem" das atividades clínicas. O perfil passivo também cita fortemente a pandemia como uma dificuldade nessas práticas, mas a relaciona ao fechamento das escolas, que seria o seu principal local de atuação educativa, tendo como consequência a interrupção quase que total dessas ações durante um longo período. Já o perfil esforçado cita a pandemia como um fator que gera preocupação e desmotivação nessas ações, mas demonstra menor impacto que o perfil passivo pela sua atuação em outros espaços, não restritos ao ambiente escolar.

Enquanto nos outros perfis não se percebe nenhuma tentativa de inovação, adaptação ou modificação dessas ações para que elas não fossem descontinuadas, no perfil empoderado esse movimento é observado:

A gente tinha um grupo de gestantes, e com a pandemia, tivemos que interromper as atividades por um período. Mas aí criamos um grupo de WhatsApp com alguns profissionais e as gestantes, e passamos a ter essa troca de conhecimento e experiências por lá. Era muito interessante porque a gente percebia que elas interagiam muito (E1).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) fazem parte da rotina dos indivíduos, seja nas atividades pessoais, das profissionais e até mesmo nas de lazer. Assim, tanto no campo da saúde como em outras áreas, as TICs só têm a contribuir e transformar de maneira positiva os processos de trabalho no SUS, visto que, já são apontadas como facilitadoras de aprendizagem e multiplicadoras na educação em saúde (FARIAS et al., 2017).

A intervenção por meio de aplicativos da rede social online, em grupos operativos na área da saúde, pode ampliar a qualidade do vínculo entre os participantes e acrescer possibilidades de educação em saúde por parte dos profissionais, podendo ser usado como uma ferramenta que facilita e dinamiza a comunicação entre usuários, entre usuários e profissionais de saúde e também no processo educativo. No entanto, o uso dessas tecnologias não deve substituir as ações educativas presenciais, mas sim ser um complemento dessas abordagens (BUENO et al., 2020).

Além disso, é importante perceber que os desafios impostos pela pandemia da COVID-19 revelam a necessidade de ampliação e de

aprofundamento das práticas de EPS, seja para promover a formação crítica dos trabalhadores de saúde e dos demais atores sociais na área, seja para a criação e/ou o aprimoramento de espaços sociais e comunitários nos territórios para o apoio solidário e para o estabelecimento de relações de reciprocidade em um momento de exigentes e complexas demandas do ponto de vista emocional (LIMA et al., 2020).

Em relação aos motivadores na realização de práticas educativas para esse perfil, dos três fatores citados, dois também estão presentes no perfil esforçado: **a intersetorialidade e a motivação pessoal.**

Um fator potencializador do trabalho é a residência. Isso é fato. Se todos os profissionais pudessem ter uma formação em serviço, participar como preceptor, estar atuante com uma universidade, eu acho que isso é um fator motivador. Poderia ser uma estratégia (E5).

A gente recebe os alunos da universidade e eles já chegaram aqui com uma lógica diferente, com uma metodologia diferente. E foi a partir daí que a gente começou a montar estratégias educativas diferenciadas para esses grupos e para atuar junto a nossa população (E15).

Essa é a parte que mais gosto de fazer. Porque sai de uma ação individual que você só consegue alcançar uma pessoa única para uma coisa mais coletiva, onde você além de preparar, você vê que é uma coisa que pode atingir um maior percentual de pessoas. É muito gratificante (E14).

Essa questão da educação em saúde, tem muito essa questão das pessoas gostarem, de não ser uma obrigação. Eu gosto muito de fazer, mas a gente vê um pessoal dando uma "maquiada" nessas ações. Faz uma atividade, pega o celular, vem e bate uma foto para dizer que fez e mandar para gestão. Isso é para ser algo natural. Não é para ser feito de forma pressionada ou artificial. Não é uma coisa entre você e a gestão, mas sim entre você e a comunidade (E20).

Considerando o conceito ampliado de saúde e a importância do enfrentamento aos determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade é um dos eixos estratégicos contidos na PNEPS-SUS, para promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integralizadoras (BRASIL, 2013).

Neste contexto, os territórios locais são ambientes estratégicos para a identificação, reconhecimento e articulação entre os dispositivos e forças sociais existentes para a construção de parcerias, articulando as necessidades da população às respostas institucionais. O desafio está na possibilidade da construção dialogada e compartilhada dessas respostas, na articulação e

mobilização social nos diferentes níveis e na perspectiva de fortalecer o referencial da EPS nas políticas públicas (VASCONCELOS, 2004).

O outro fator motivador, que só foi citado por esse perfil, foi a prática de **ações interprofissionais**:

Eu acho que é legal quando a gente junta vários profissionais[...] E assim cada um pode falar e ajudar no planejamento dessas atividades, entender qual é o público que está precisando mais, quais são os temas que a gente deve atuar, discutir mesmo. Fica muito rico (E1).

É bem comum a gente fazer essas ações multiprofissionais, envolvendo várias categorias e várias temáticas (E5).

A gente convida profissionais, e pergunta o que ele pode contribuir com aquele grupo, com aquela ação. E a gente elabora vários tipos de estratégias, utilizando exatamente as metodologias ativas para preparar algo interessante para a população (E10).

A gente conseguia juntar e fazer várias oficinas. Aí chamava nutricionista, fisioterapeuta e a gente planejava e realizava ações em conjunto. Era bem interessante (E30).

O trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é apresentado como uma das melhores formas de enfrentamento dos desafios do setor saúde, desenvolvendo o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde (PEDUZZI et al., 2013).

Percebe-se um movimento dinâmico entre os profissionais que, apesar das atribuições e dos saberes específicos de cada categoria, estão envolvidos nas fases e nos temas do processo educativo pautado na integralidade da pessoa. Somente trabalhando dessa forma obtém-se uma equipe genuinamente multiprofissional, preparada para lidar com a complexidade da prática educativa na ESF e, desse modo, reorganizadora do processo de trabalho em saúde, para permitir o desenvolvimento de um novo fazer dialógico em que todos possam ser sujeitos do processo (FERNANDES, BACKES, 2010).

5.3.1 Os princípios da EPS e o perfil empoderado.

Diante da análise das entrevistas, foi percebido vários princípios da EPS no discurso desses profissionais. A apresentação demarcada destes elementos busca apenas promover a melhor compreensão em uma perspectiva didática,

porém destaca-se que eles são componentes de um todo e são partes articuladas de um processo educativo que deve ser integral e único.

Eu acho que eu me comunico melhor com a população, eu compreendo as dores da população, isso tudo devido a essa formação na educação popular. Eu tinha muito contato com o pessoal das cirandas. A gente fazia muitos trabalhos em conjunto. Então eu fui vendo como é que era isso. A importância de dialogar com a população (E5).

A melhor forma de aprender é tentar vincular algo a aquilo que você já sabe. Então, as nossas conversas se baseavam em eles trazerem primeiro os conhecimentos relativos ao que eles tinham, e a gente conseguia dialogar de uma forma clara com eles. O saber popular deles acrescenta muito para gente em várias ações, principalmente nessa questão do cuidado. Aí vem a história também das benzedadeiras que é uma situação que a gente respeita e tem como aliado muito importante nessas ações (E11).

A gente parte que existe um processo que a gente pode trazer com relação a problematização, né? De Paulo Freire. Seria tentar trazer um pouco mais de conhecimento a eles fazendo alguns tipos de reflexões nessas ações (E15).

Fizemos uma ação com idosos com o uso de plantas medicinais [...]. Os idosos ensinaram a gente muita coisa, trazendo um saber popular para dentro daquele momento. Foi uma experiência maravilhosa (E28).

O **diálogo**, a reflexão crítica (**problematização**) e a **construção compartilhada do conhecimento**, vistos claramente nessas falas, se confluem e representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica.

A EPS tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população. Contudo, não se contrapõem, nem ambicionam se sobrepôr ao saber científico, e sim agir compartilhada e dialogicamente com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS, portando uma visão de saberes e práticas diferentes que convivem em situações de reciprocidade e cooperação (VASCONCELOS, 2001).

O jeito de fazer saúde acumulado tradicionalmente nas formas populares de cuidar, denominadas práticas populares de cuidado, tem revelado possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos e acolhedores do saber popular. Alguns exemplos das práticas populares de cuidado e de seus atores, os quais alguns inclusive foram citados por esse perfil, são os raizeiros, benzedeiros, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros de

matriz africana, dentre outros. É, portanto, fundamental tomar o saber das classes populares como ponto de partida do processo pedagógico, promovendo um processo de debate horizontal e de respeito à cultura popular, mas com questionamentos que possibilitem sua desmistificação (OLIVEIRA et al., 2014).

É importante refletir que se há relação de confiança e diálogo entre os sujeitos, há a aceitação da proposta de caráter educativo, mesmo que essa proposta não implique um "ganho" imediato para a população envolvida. O convívio e o respeito às diferenças tornam-se, algumas vezes, um fator tão ou mais importante do que as informações técnicas no desenvolvimento das ações educativas junto aos grupos populares (ACIOLI, 2008).

Já a problematização na EPS se apoia em relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade. A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a identificação das situações limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las (BRASIL, 2013).

A ampliação do olhar sobre a realidade com base na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permite que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, configurando-se em um processo humanizador, conscientizador e de protagonismo, como observado na fala desse entrevistado:

Se você procura uma identidade com aquele público, se você utiliza mecanismos que possam estar mexendo com o raciocínio das pessoas, gerando questionamentos, se você usa uma boa didática, a educação flui. Não dá para você ficar só entregando o conhecimento. Você tem que ter uma troca. Você tem que gerar uma reflexão (E9).

A EPS considera também a arte como dimensão dos sujeitos que potencializa o diálogo, capaz de realizar a problematização de forma criativa, onde se promove a reflexão das ações em saúde, superando a visão simplista da arte como mero veículo ou instrumento. Nessa perspectiva, grupos e indivíduos podem exercitar seu potencial criativo vivenciando, de forma lúdica e problematizadora, questões relativas ao seu cotidiano, constituindo-se sujeitos desse processo, como observado nessas falas:

A gente costuma organizar uma mostra cultural onde a gente chama a população. Isso é uma forma de educação popular. A gente traz as pessoas da comunidade para mostrar em forma de arte, dança, cordel

[...]. A sua cultura. Mas não foi uma ação da prefeitura, foi uma coisa local dos profissionais, porque há um movimento natural dentro do serviço provocado pelos trabalhadores, não pela gestão (E5).

Nos grupos, a gente percebe que é mais que um momento de educação, é um momento de interação entre eles. A gente percebia que aquilo ali fazia bem. Tinha pessoas idosas que praticamente não saiam de casa, mas que mesmo assim para o grupo eles iam. A gente comprou jogos pra eles [...]. Outros dias a gente tocava violão, cantava. Então, além do processo de educação em si, existe um processo de vínculo que foi sendo construído ao longo de todo esse processo (E15).

A gente fazia oficina culinária para eles participarem. Pinturas em tela, bordados, jogos de tabuleiro também. A gente tentava usar a arte como forma de se aproximar ainda mais deles (E23).

O trabalho com a arte é alinhado às dimensões da espiritualidade, da criatividade, do diálogo e da construção coletiva, trazendo para o agir em saúde a possibilidade de novas práticas e novas relações (PEDROSA, 2007).

A construção compartilhada do conhecimento como princípio da EPS orienta as práticas educativas em busca da interdisciplinaridade, da autonomia e da cidadania. Ou seja, práticas que privilegiem a interação comunicacional onde sujeitos detentores de saberes diferentes, apropriam-se destes, transformando-se e transformando-os (ACIOLI, 2008).

É na articulação e diálogo constante entre os diversos saberes que se pode constituir um conhecimento novo, um terceiro conhecimento, que representa a união e horizontalidade entre o conhecimento científico e popular. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico e contínuo, que exige dos profissionais da saúde, uma compreensão o mais ampliada possível a respeito do mundo que cerca as pessoas e os grupos que expressam esses saberes (MARTELETO, 2009).

Essa lógica de você trabalhar numa educação mais ativa, um processo mais ativo, do que você não ficar ali na frente só falando, mas sim principalmente ouvindo o que eles têm a trazer e comentando em cima dos conhecimentos adquiridos que ele já tem, que eles já traziam, fazem toda a diferença nessas ações. A ação educativa deve ser construída junto à população (E15).

A dimensão da **amorosidade** foi bastante percebida na fala dos entrevistados desse perfil, e aparece como elemento chave para a aproximação entre serviço de saúde e população e a construção de vínculos com os usuários, pois ela permite a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade. Dessa

forma, o afeto se torna elemento estruturante da busca pela saúde (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2012).

Eu percebo a participação, o reconhecimento e o vínculo que eu formo com esse usuário [...]. Há essa interação entre a comunidade e eu, como profissional de saúde. A gente percebe a confiança, a amizade que a comunidade tem com a gente (E5).

Eu consigo perceber o reconhecimento, apesar de sempre achar que estou fazendo pouco [...]. Pergunto como eles estão se sentindo, como está a relação com a família. Procuo ver aquela pessoa como um todo. Acho que eles se sentem acolhidos aqui. Tem que ter empatia, amor no que faz. E mesmo com as dificuldades, eu me sinto muito realizada com esse trabalho (E10).

Precisamos fazer um acolhimento qualificado. Às vezes o paciente não quer nada, ele só quer ser ouvido, temos que aprender a ouvir a nossa população. Ela quer a nossa atenção, o nosso cuidado (E11).

Às vezes saio andando pelas ruas da comunidade, e o que a gente percebe é uma relação de confiança do paciente quando encontra a gente, não é uma relação de dentista/paciente, mas uma relação de amizade, sabe? Essa interação, esse vínculo, não tem preço (E20).

A amorosidade é uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e novas motivações para as práticas educativas. Além disso, ela traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos inovadores já em construção no SUS como a humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde (PRADO et al., 2011).

A construção do Projeto Democrático e Popular, como princípio da EPS, reafirma o compromisso de construção de uma sociedade justa, democrática e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados (BRASIL, 2013).

Eu vejo que essa comunidade é muito rica culturalmente. Muita gente tem uma cultura histórica porque esse é um bairro que cresceu de uma luta. Eles se apossaram de uma área de governo para fazer suas casas e estão aqui até hoje. Então aqui eles têm muita consciência política. Essa unidade tem fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e vários outros profissionais que não deixaram de existir por uma luta popular. E nós devemos usar esse potencial nessas práticas, com toda certeza (E30).

Com base no discurso trazido por esse entrevistado, os atos educativos e de cuidado, implicados com a EPS, devem estar comprometidos com a

transformação, com a superação das injustiças, com a superação das iniquidades em saúde e da desigualdade social. Dessa forma, as ações educativas devem ser repensadas mediante um planejamento integrado, de modo que não haja apenas transmissão de conhecimentos, mas que a equipe de saúde e a comunidade sejam capazes de construir um projeto rico e dinâmico.

Alinhados a isso, a **emancipação** é percebida como um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento (BRASIL, 2013).

Às vezes você tá falando, orientando uma coisa que você não sabe a realidade, o contexto social daquela família. Como você quer mudar uma realidade que você não conhece? É preciso termos uma proximidade com o modo de vida das pessoas, para então propormos uma mudança naquela realidade. Assim vamos produzir realmente saúde. A gente tem que ter consciência que a saúde não é só a ausência de doença. Tem muitos outros fatores envolvidos (E9).

A emancipação vinculada à prática educativa promove o fortalecimento do sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos sejam protagonistas por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da amorosidade, da criatividade e da autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com o outro (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

É perceptível que nas intervenções mediadas pela EPS, houve maior autonomia, protagonismo e participação da comunidade, confirmando o potencial dessa metodologia para favorecer a participação dos usuários e o diálogo entre o saber científico e o popular.

No discurso dos dentistas empoderados, apesar das inúmeras evidências impostas ao fazer educativo no cotidiano desses profissionais, percebe-se que a Educação em Saúde se legitima, mesmo diante dessas dificuldades, pelo engajamento desses profissionais em uma tentativa de trabalhar de modo integrado e efetivar suas ações, com a utilização de recursos da comunidade ou, simplesmente, pela perseverança ao continuar em frente, em um movimento de superação.

5.4 Sumarizando as práticas educativas dos perfis profissionais

Através do quadro 7, pode-se observar as principais atividades educativas, assim como as dificuldades e motivações identificadas pelos dentistas da APS do município de Fortaleza, tendo como base o perfil profissional evidenciado claramente nesse estudo. Foi importante perceber através do discurso desses profissionais, que existem modalidades distintas de ações educativas entre os pesquisados submetidos à mesma conjuntura social, trabalhando em um mesmo contexto e no mesmo local.

Quadro 7 - Resumo Comparativo entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022

	Perfis profissionais		
	Passivo	Esforçado	Empoderado
Principais práticas educativas	Palestras e atividades preventivas coletivas	Grupos Operativos e Ações em sala de espera	Grupos Operativos, práticas lúdicas e rodas de conversa
Local principal de realização de ações	Ambiente escolar/ creche	Unidade de Saúde	Espaços sociais no território
Visão ampliada da saúde bucal	Incipiente, com foco em temáticas relacionadas à saúde bucal	Sim, com abordagem de diferentes temáticas	Sim, com abordagem de diferentes temáticas
Tipo de abordagem educativa	Tradicional	Principalmente tradicional	Problematizadora
Uso de metodologias ativas	Não	Incipiente	Sim
Conceito de EPS	Desconhecem e não tentam conceituar	Conhecem pouco, mas tentam conceituar	Conhecem
Planejamento das ações	Não	Incipiente	Sim
Culpabilização	Fortemente presente.	Presente	Ausente
Dificultadores relacionados a culpabilização	Educação em saúde para adolescentes Troca de benefícios Valorização do	Valorização do atendimento clínico Troca de benefícios Falta de interesse da	Ausente

	atendimento clínico	população	
Desafios em antagonismo a culpabilização	Ausente	Ausente	Valorização do atendimento clínico Falta de interesse da população
Dificultadores relacionados a gestão	Falta de valorização Falta de material educativo Educação permanente	Processo de trabalho Educação Permanente Estrutura física	Processo de trabalho Educação Permanente Falta de valorização
Outros dificultadores	Pandemia Violência Falta de receptividade em espaços sociais	Pandemia	Vulnerabilidade Falta de comprometimento profissional Pandemia Demanda reprimida
Motivadores/ Potencializadores	Não citados	Intersetorialidade Melhoria de saúde da população Motivação pessoal	Intersetorialidade Ações interprofissionais Motivação pessoal
Princípios da EPS evidenciados nas práticas	Nenhum	Diálogo Construção compartilhada do conhecimento	Diálogo Problematização Construção compartilhada do conhecimento Amorosidade Construção do projeto democrático e popular Emancipação

Fonte: Elaboração própria (2022).

Os dentistas passivos possuem o foco das ações no ambiente escolar, sendo as palestras com temáticas relacionadas à saúde bucal e ações preventivas coletivas, as atividades educativas mais realizadas. O não uso de metodologias ativas, a falta de planejamento nessas atividades, assim como o desconhecimento desses profissionais em relação a EPS, acabam por produzir práticas impositivas, verticalizadas e essencialmente transmissoras de conhecimento, que não provocam a troca de saberes, a reflexão e a autonomia no processo educativo.

As dificuldades mais citadas por esses profissionais foram a educação em saúde para adolescentes, a necessidade de troca de benefícios para a participação da população e a valorização do atendimento clínico, o que remete a

culpabilização com fatores que acabam por evidenciar a população como uma das principais dificuldades para a realização dessas práticas. No entanto, nenhum motivador ou potencializador é citado no intuito de otimizar essas ações, comprovando a passividade desses profissionais não só diante do processo educativo, mas também diante do seu próprio processo de trabalho e do contexto social no qual ele está inserido.

Os dentistas esforçados têm a unidade de saúde como o principal local de suas práticas educativas, sendo os grupos operativos e as ações em sala de espera as atividades mais realizadas. Já se observa uma visão ampliada da odontologia nesse perfil, com abordagem de temáticas diferentes daquelas relacionadas apenas à saúde bucal.

A culpabilização também emerge nesse perfil, estando relacionada às mesmas dificuldades do perfil passivo, além da falta de interesse da população em ações educativas. Apesar do uso ainda incipiente de abordagens problematizadoras, nota-se um “esforço” desses profissionais em melhorar as suas práticas, evidenciando alguns motivadores e potencializadores para a sua realização, como a intersetorialidade, a percepção de melhoria da saúde da população, além da própria motivação pessoal. Além disso, já é perceptível a presença de práticas dialógicas e de troca de saberes, mesmo que de forma incipiente, evidenciando alguns princípios da EPS nessas ações.

Já o dentista empoderado, apropria-se de seu conhecimento acerca das metodologias ativas e da EPS, para planejar e realizar ações ampliadas em espaços sociais no território, com uso de abordagens problematizadoras e de troca de saberes, tendo os grupos, as práticas lúdicas e rodas de conversa como as principais intervenções educativas. Esses profissionais não se imergem na culpabilização como forma de justificar as dificuldades em suas práticas, mas sim entendem o contexto nas quais elas estão inseridas e evidenciam desafios, como a valorização do atendimento clínico e falta de interesse em ações educativas pela população, que necessitam ser superados. A motivação desses profissionais está relacionada também à intersetorialidade e a motivação pessoal, mas também às ações interprofissionais. Os princípios da EPS são evidenciados em suas práticas com a existência de relações dialógicas e reflexivas, onde há uma troca entre o saber científico e o popular, em que permeia a amorosidade e a

construção de vínculos com a população.

É importante destacar que a gestão emergiu como uma das principais dificuldades para a realização de práticas educativas nos três perfis profissionais, sendo evidenciado o processo da Educação Permanente. Percebe-se que mesmo com a noção da importância da ação educativa no contexto da promoção da saúde, pouco se tem investido em uma política consistente que busque a difusão do saber da EPS como estratégia redirecionadora das práticas educativas profissionais.

Além disso, a PNEPS-SUS tem gerado muitas iniciativas de educação permanente no SUS a nível nacional, que são pouco difundidos a nível municipal, como o *Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde* e o Projeto de Pesquisa e Extensão Vivências em Educação Popular e Saúde no SUS, além da formação de comitês estaduais para incentivar que secretarias de saúde valorizem a EP em suas políticas de educação permanente. A definição de uma política municipal de educação em saúde, especialmente pautada pelos princípios da EPS, teria o importante papel de induzir novas práticas nos serviços de saúde, propiciando uma valorização do saber popular, além de facilitar a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde.

Dessa forma, é de extrema importância o investimento tanto na educação permanente para a transformação cultural e política dos padrões das práticas educativas na saúde, como em apoios institucionais que garantam condições materiais e administrativas para a realização e reorientação dessas práticas.

Ao observar que a maioria dos dentistas empoderados possui algum curso ou capacitação relacionados a metodologias ativas e/ou educação popular, percebe-se a importância da Educação permanente para a construção de práticas educativas dialógicas, com abordagens problematizadoras e que levam em conta o saber prévio da população e o contexto na qual ela está inserida. É perceptível, portanto, que práticas educativas transformadoras não são construídas de forma intuitiva, mas sim através de um processo contínuo e dinâmico de conhecimento e reflexão no qual os profissionais da saúde necessitam estar imersos.

Outro fator dificultador citado pelos três perfis foi o impacto da pandemia nas práticas educativas. Mesmo sendo um fator comum, observou-se que essas práticas foram mais prejudicadas no perfil passivo, já que o foco desses dentistas

eram as escolas que tiveram as suas atividades suspensas. Não foi observado nesses profissionais estratégias de superação para a continuidade dessas práticas, diferentemente do perfil empoderado.

Nesse momento crítico trazido pela pandemia, é imprescindível o fortalecimento do sentido humanitário nas práticas educativas; e os princípios da EPS se apresentam como potenciais para o seu fortalecimento, criando vínculos com as comunidades e qualificando o cuidado disponibilizado à população.

Apesar da percepção da presença desses princípios no discurso dos profissionais empoderados, torna-se necessário o conhecimento, o exercício, a reflexão e a vivência desses princípios contidos na PNEPS-SUS pelos dentistas dos outros perfis. Além disso, é de suma importância a consolidação da EPS nas práticas desses profissionais, como um recurso estratégico que potencializa a conscientização da população sobre suas condições de vida e reforça a organização popular e as lutas sociais pela saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esse estudo, foi evidenciado a existência de três perfis profissionais: o passivo, o esforçado e o empoderado, que mesmo submetidos à mesma conjuntura econômico-social, trabalhando em um mesmo contexto e no mesmo município, realizam e percebem suas ações educativas de forma completamente distintas.

Mesmo com a seleção de uma amostra intencional, em que foram selecionadas UAPS com histórico de boas práticas educativas, apenas cerca de um terço dos entrevistados utilizavam princípios da EPS em suas práticas. Isso evidencia um desafio ainda presente nas ações de Educação em Saúde, visto que práticas dialógicas, reflexivas e transformadoras não são realizadas de forma intuitiva, mas sim através da apropriação e do empoderamento desses profissionais acerca de metodologias educativas mais ativas e problematizadoras.

Há a necessidade, portanto, da criação de uma nova hegemonia representada por profissionais orientados pela EPS e pelo respeito aos saberes da comunidade. Para isso, torna-se necessário inseri-los em um processo de educação permanente dinâmico e contínuo, sendo uma possibilidade o uso da própria EPS como proposta educativa na formação e capacitação desses profissionais, não apenas como método de trabalho, mas como um disparador de reflexões acerca de suas práticas.

Aliados ao processo de educação permanente, é importante conhecer e potencializar estratégias que promovam a motivação desses profissionais não só em práticas educativas, mas também diante do seu processo de trabalho. Isso irá permitir a participação e o engajamento desses trabalhadores em ações, fazendo-os compreender que eles são sujeitos capazes de, mesmo diante de dificuldades, transpor barreiras e mudar a realidade a partir de suas práticas.

Assim, para que a EPS seja um instrumento de reorientação de práticas educativas em saúde, torna-se fundamental novas perspectivas e novos olhares de gestores, de profissionais e da comunidade, compartilhando experiências e desvelando as diferentes possibilidades e obstáculos a serem superados. Nessa perspectiva, sugere-se que novos estudos sejam realizados com outros profissionais da APS do município de Fortaleza a fim de analisar se as práticas

educativas realizadas estão alinhadas com os eixos estratégicos da EPS, permitindo a participação social, valorizando as práticas populares de cuidado e fortalecendo a intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado de saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 392p.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOLTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, ago. 2004.

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-32, jun. 2010.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 39-52, fev. 2005.

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V. S.; VALE, J. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, sup. 2, p. 1547-1558, jan. 2014.

ANDRADE, A. C. V *et al.* Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 439-449, out. 2013.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, mar. 2006.

ARAÚJO, F. B.; BARATA, J. S. Promoção de saúde bucal em odontopediatria. *In*: KRIGER, L. (coord). **Aboprev**: promoção de saúde bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. 504p.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano, 2003. 226p

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 397-407, out./dez. 2011.

BOSI, M. L. M.; GUERREIRO, I. C. Z. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. *In*: DIMENTEIN, M. *et al.* (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016, p.121-140.

BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras, 2008. 292p.

BRASIL, P. R. C. S; MAIA, A. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 4-14, out./dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A à Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 278/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial da União**, n. 42, seção 1, p. 59-60, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 232p.

BUENO, N. S. et al. Como as novas tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo em consulta pediátrica? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, n. e2018313, 2020.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, abr./mai. 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 112p.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n. 4, p. 679-684, dez. 2006.

CARNEIRO, A. C. L. L. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 115-120, mar./abr. 2012.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, abr. 2015.

CAZARINI, R. P. *et al.* Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 142-150, abr./jun. 2002.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, set./dez. 2007.

CHIESA, A. M. *et al.* A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde, 2001. 250p.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. *In*: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. **Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p.11- 26.

ESPOSITO, I. *et al.* Repercussões da fadiga psíquica no trabalho e na empresa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 8, n. 32, p. 37-45, out./dez. 1979.

EZEQUIEL, M. C. D. G. *et al.* Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1 (sup.2), p. 112-130, mar. 2012.

FADEL, C. B. *et al.* O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n.47, p. 937-946, dez. 2013.

FAGUNDES, D. Q.; OLIVEIRA, A. E. educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 223-243, jan./abr. 2017.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FARIAS, Q. L. T. *et al.* Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2017.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. A.; OLIVA, R.; SANTOS, S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 54, p. 392-395, ago. 2003.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FERRAZ, C. A.; BARROS, C. S.; VIEIRA, L. B. Utilização de instrumentos para avaliar ações educativas em saúde bucal: um relato de experiência universitária. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 2, p. 58-67, abr./jun. 2009.

FERREIRA, V. F. *et al.* Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.363-378, ago. 2014.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. e200806, 2021.

FLISCH, T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, suppl 2, p. 1255-1268, jan. 2014.

FLORES, O. **A prática de saúde enquanto uma prática educativa**. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública, s/d.

FREIRE, P. **Como trabalhar com o povo**, 1983. (mimeo).30p.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Centauro, 1986. 53p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 144p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 127p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 129p.

FREIRE, P. **Política e educação**. 8. ed. Indaiatuba: Villa das Letras, 2007.57p.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.200-205, abr. 2010.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

GERALDO, M. C. H. M. *et al.* Política de Educação Popular: práticas na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 13:e243335, p. 1-10, 2019.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1987. 220p.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2006. 278p.

JESUS, M. C. P. *et al.* O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

JUNQUEIRA, S. R. **Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescente de Embu, SP, 2005. 2007.** Tese (Doutorado) - 102f. Curso de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KLEBA, M. E. *et al.* Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 217-226, 2016.

KUSMA, S. Z. *et al.* Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. supl. 7, p. 9-19, 2012.

LACERDA, A. B. M. *et al.* Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 85-92, 2013.

LEMKUHL, I. *et al.* A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 336-346, 2015.

LIMA, L. O. *et al.* Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 27- 37, 2020.

LUBINI, V. T. *et al.* Impactos da ação educativa nos indicadores de saúde: potencialidade e fragilidades. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1640-1647, jun. 2018.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, p. 335 -342, 2007.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 174-179, 2009.

MARTELETO, R. M. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 17-24, 2009.

MATOS, C. V.; GONDINHO, B. V. C.; FERREIRA, D. L. A. A educação em saúde bucal e suas representações na atenção primária à saúde. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, n. 1, p 845–855, 2015.

MAZZA, V. A. et al. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para a prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v, 6, n. 2, p. 848-855, 2014.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl., p. 1579-1586, 2009.

MELO, M. C. H.; CRUZ, G. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 31-49, 2014.

MELO, P. M. A. **Práticas coletivas de educação popular em saúde na Estratégia Saúde da Família**. 2018, 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

MENDES, J. D. R.; FREITAS, C. A. S. L.; DIAS, M. C. A. et al. Análise das atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 01, p. 13-21, jan./mar. 2017.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Aracaju: EUFS, 2009. 262p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 01, p.1555-61, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 55p.

MOIMAZ, S. A. S.; ROCHA, N. B.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S. O acesso das pacientes gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 39-45, 2007.

MONTEIRO, E. M. L. M. **Educação Popular em Saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 51p.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, jun., 2010.

MOUTINHO, C. B. *et al.* Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.

MUNGUBA, M. C. S. Educação na saúde: sobreposição de saberes ou interface? **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 04, p. 295-298, 2010.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2017.

NORDI, A. B. A. *et al.* World experiences in preceptorship in medical undergraduate education: an integrative review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 01, 2022.

NÓVOA, A. **Professores**: imagens do futuro presente. Lisboa: Educa, 2009. 96p.

NUTO, S. A. S. *et al.* O saber popular em odontologia e o processo saúde-doença. *In*: DIAS, A. A. **Saúde bucal coletiva metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 119 -137.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, pp. 1389-1400, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde primários**: agora mais que nunca. Relatório Mundial de Saúde 2008. Brasília: OMS, 2008.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.10-15, 2020.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). *In*: GADET, F.; HAK, T. (Orgs.). **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 2. ed. Campinas: Unicamp, 1993. 320p.

PEDROSA, J. I. S. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. *In*: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Org.). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 71 -100.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática**. 1993. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993.

PERES, E. M.; POZ, M. R. D.; GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 208-213, 2006.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-157, 2012.

PINAFO, E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, 2011.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 77-82, jan./mar. 2016.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. Santos: São Paulo, 2000. 720 p.

PRADO, E. V. *et al.* Construindo cidadania: Educação Popular em Saúde via rádio comunitária. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 497-501, 2011.

QUEIROZ, M.V; JORGE, M.S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 117-130, 2006.

RAMOS, C. F. V. *et al.* Education practices: research action with nurses of Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 03, p. 1144-1151, 2018.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea: Estudos Neolatinos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família**: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: UESB, 2009. 180p.

RODRIGUES, J. M. D. *et al.* Análise das atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de Saúde Bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21, 2017.

ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-659, 2012.

ROECKER, S; MARCON, SS. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.

SAMPAIO, J. *et al.* Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1299-1312, 2014.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, 2012.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 492-497, jul./set. 2011.

SANTOS, J. S.; ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F; MAIA, M. A. C. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 20-6, 2014.

SATUR, J. G. *et al.* Review of the evidence for oral health promotion effectiveness. **Health Education Journal**, Thousand Oaks, v. 69, n. 03, p. 257 -266, 2010.

SCHERER, C. I. SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015.

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 05, p. 2539 -2550, 2010.

SILVA, G. G.; CARCERERI, D. L. A.; CLÁUDIO, J. Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2017.

SILVA, J. P. S. *et al.* Educação em saúde na sala de espera: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p.1057-1066, jan. 2020.

SILVA, L. B. *et al.* A utilização da música nas atividades educativas em grupo na Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.2, p. 01-09, mar./abr. 2013.

SILVA, S. Z. O. **Pré-natal odontológico**: a importância da educação em saúde para promoção da saúde bucal no período gestacional. 2013. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2013.

SILVEIRA, J. S. A atuação do profissional de odontologia na puericultura multiprofissional. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 21247-21261, set./out. 2021.

SOUSA, E. F. R. *et al.* O trabalho com educadores como estratégia de cuidado à saúde da criança. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos**, Brasília, v.12, n. 1, p.49-53, 2012.

SOUSA, Z. A. A; SILVA, J. G.; FERREIRA, M. A. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 6-12, 2014.

SOUZA, A. B. C. *et al.* Análise da dinâmica do trabalho da Estratégia Saúde da Família em um Centro de saúde na região norte de Florianópolis/SC. *In:* BUCHELE F.; COELHO, E. B. S. (Orgs.). **A formação em Saúde da Família: uma estratégia na consolidação do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010. 136p.

SOUZA, D. S. *et al.* A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 02, p. 7-29, 2001.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727 -2739, 2007.

SOUZA, T. S. *et al.* Mídias sociais e educação em saúde: o combate às fakes news na pandemia pela COVID-19. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 11, p. 124-130, set. 2020.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Rev-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 284 -304.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 8, n. 1, p. 312-25, 1999.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

TÔRRES, L. H. N. *et al.* Histórias em quadrinhos na sala de espera: um método de educação em saúde bucal. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 10, n. 1, p. 69-72, 2011.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.7-14, 1999.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 07-18, 1998.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; ABRASCO, 2006. p. 105-120.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 87p.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação Popular e Saúde**. Petrópolis: CDDH; Cepel, 1989. 39p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 142p.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. *In*: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. (Orgs.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 28-34

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 76p.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C.; ERNANDE, V. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838, 2016.

VASCONCELOS, M. *et al.* **Módulo 4**: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: EUFMG – Nescon, 2009. 76p.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, 2017.

VIERO, V. S. F. *et al.* Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 484-490, 2015.

VOLPATO, M.; CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2002.

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 83, p. 711-718, 2005.

WEYKAMP, J. M. *et al.* Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 1, p. 5-10, 2016.

APÊNDICE A - PROJETO DE PESQUISA

PROJETO DE PESQUISA: EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE BUCAL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

PESQUISADORA: Lílian Fernandes Amarante

ORIENTADORA: Prof. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

ID: _____

Data: _____

LOCAL: _____

Pesquisador: _____

A - CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A):

1. Idade: _____

2. Gênero: () Feminino () Masculino

3. Em relação à cor da pele, você se considera:

() Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Indígena () Prefiro não declarar

4. Estado civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () União Estável

Outro: _____

5. Filhos? () S () N Se sim, quantos? _____

6. Tempo de formação profissional:

() 1 - 5 anos

() 5 - 10 anos

() 10 - 15 anos

() 15 - 20 anos

() mais de 20 anos

9. Pós - graduação:

() Especialização Se sim, em que? _____

() Mestrado

() Doutorado

10. Tempo de serviço na ESF: () menos de 1 ano

() 1 - 5 anos

() 5 - 10 anos

() 10 - 20 anos

() mais de 20 anos

Possui outros empregos? () sim () não Se sim, Qual? _____

11. Já realizou algum curso ou capacitação de práticas e metodologias ativas na Educação em Saúde? () sim () não

Se sim, qual? _____

B - ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES

EIXO 1: Práticas de Educação em Saúde Bucal realizadas por cirurgiões - dentistas na APS

1. Você costuma realizar ações educativas na sua prática diária? (*Observar a realização ou não de práticas educativas.*)
2. Quais as principais atividades educativas que você realiza/realizou?
(*Perceber como essas atividades são operacionalizadas, quais temáticas são utilizadas, em quais locais são desenvolvidas, com que frequência e quais recursos didáticos são utilizados.*)

EIXO 2: Princípios da Educação Popular em Saúde presentes em práticas educativas de saúde bucal

3. Quais estratégias você utiliza para a construção e planejamento das suas atividades educativas? (*Identificar a presença de práticas intersetoriais e multiprofissionais, observar se há a preocupação com o saber prévio do educando/ usuário no planejamento dessas ações.*)
4. Você se baseia em algum princípio ou metodologia para a realização dessas práticas? (*Identificar o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e de princípios da Educação Popular, como o diálogo, a problematização e a construção compartilhada do conhecimento*)
5. Como é a participação / interação da comunidade em suas práticas de Educação em Saúde? (*Perceber se as práticas educativas são dialógicas e reflexivas, possibilitando a participação popular, o controle social e o empoderamento individual e coletivo frente às suas próprias condições de saúde.*)

6. Para você, o que é a Educação Popular em Saúde? *(Observar o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a Educação Popular em Saúde, seus princípios e metodologias.)*

EIXO 3: Fatores motivacionais, potencialidades e fragilidades dos cirurgiões - dentistas na realização de ações educativas

7. Você se sente motivado a realizar ações de Educação em Saúde no seu território? O que lhe impulsiona a realizar tais ações? *(Explorar as potencialidades e motivações dos dentistas na realização dessas práticas; identificar o impacto da pandemia da COVID-19 nessas ações.)*
8. Quais os principais desafios para a realização de práticas educativas em seu território? *(Explorar fragilidades e dificuldades relatadas na realização das ações de Educação em Saúde.)*
9. Você considera as suas práticas educativas reflexivas e transformadoras? Como elas contribuem para a melhoria das condições de saúde da sua população? *(Perceber a visão do dentista sobre as suas próprias práticas de Educação em Saúde).*
10. De que forma seria possível otimizar as ações educativas em seu território? *(Observar o panorama de organização das ações, seus avanços e facilitadores, assim como sugestões para a melhoria dessas práticas educativas).*
11. Você gostaria de comentar mais alguma coisa? Colocar sua opinião sobre esta entrevista?

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada: **EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE BUCAL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, realizada pela pesquisadora **Lílian Fernandes Amarante** e orientação da Professora Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto **do Mestrado em Saúde da Família da FIOCRUZ - CE**, que pretende analisar as práticas educativas de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária no município de Fortaleza, sob a ótica dos princípios da Educação Popular em Saúde. Esse estudo se justifica pela carência bibliográfica relacionada ao objeto deste estudo, além da necessidade de conhecer mais sobre as estratégias e metodologias utilizadas em práticas educativas em saúde bucal. O motivo que nos leva a convidar o (a) Sr. (a) para participar é por ser dentista servidor (a) efetivo(a) com atuação na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza. A colaboração do Sr. (a) consistirá em participar de uma entrevista que será realizada na sua própria Unidade de Saúde, e que será realizada após contato prévio com a pesquisadora responsável e escolha do melhor horário para realização da mesma. Os instrumentos de coleta de dados, tais como gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados serão mantidos em arquivos, sob guarda dos pesquisadores responsáveis. Se o (a) Sr. (a) não compreender algo poderá perguntar que será explicado. A participação do (a) Sr. (a) é voluntária e se não quiser participar estará livre para recusar. Fique certo (a) de que a recusa não acarretará qualquer penalidade ou nenhuma modificação na forma como o (a) Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador ou pela instituição. Entretanto, a participação do Sr.(a) é essencial para contribuições do ponto de vista científico e social, em termos de conhecimento e aprofundamento sobre os princípios da Educação Popular em Saúde e sua aplicação em ações educativas de saúde bucal, possibilitando a reflexão dessas ações e a busca de meios para otimizá-las. Esse estudo poderá acarretar alguns riscos como constrangimento, vergonha ou desconforto durante a realização da entrevista, sendo garantida a reparação dos danos eventualmente causados em decorrência da participação na pesquisa, conforme preconizado na Resolução CNS 466/12. Para diminuir ou mesmo evitar

esta situação, me comprometo a possibilitar uma comunicação clara e coerente durante a entrevista, além de evitar interações que possam influenciar em suas respostas. O (A) Sr. (a) não receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa, mas também, não terá nenhuma despesa. Se houver algum gasto exclusivamente para participar desta pesquisa, este gasto lhe será ressarcido. O (A) Sr. (a) também terá direito a indenização no caso de qualquer dano que eventualmente aconteça e que for produzido pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento foi impresso em duas vias, uma via ficará com o (a) Sr. (a) e a outra ficará com o pesquisador responsável para confirmação de sua aceitação em participar.

Em qualquer momento desta pesquisa o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pela pesquisa são:

- Prof. Dra. Sharmênia de Araújo Soares - Contato: 55 85 3477.3194

Avenida Washington Soares, nº 1321, Bairro Edson Queiroz

Horário: 8h - 17h

shanuto@gmail.com

- Lílian Fernandes Amarante - Contato: 55 85 98837 1484

R. Sigefredo Pinheiro 545, apto 1602, Bairro de Fátima

Horário :8h - 17h

lilianamarante14@gmail.com

Se o (a) Sr. (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

_____ Localizado em _____, Telefone:
_____, Horário: _____.

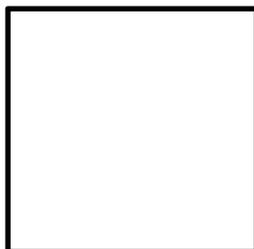
Caso o (a) Sr. (a) se sinta suficientemente informado a respeito de tudo que leu ou que foi lido para você sobre a pesquisa, sobre os procedimentos que serão realizados, os desconfortos os riscos, a garantia de ressarcimento, a garantia de confidencialidade, de receber esclarecimentos permanentes, que sua participação

é voluntária e que não receberá remuneração e nem terá despesas para participar da pesquisa e, se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, ____ de _____ 20____.

Consentimento pós-informado

Assinatura do (a) participante



Impressão dactiloscópica para participantes analfabetos ou que se encontrem impossibilitados de assinar

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Popular e Saúde Bucal: Análise das práticas educativas de cirurgiões-dentistas na Atenção Primária.

Pesquisador: Lilian Fernandes Amarante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52834210.0000.5037

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.078.770

Apresentação do Projeto:

Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado a ser apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

O estudo será realizado em 12 UAPS do município de Fortaleza, Ceará. Serão sujeitos desta pesquisa, 46 cirurgiões-dentistas das APS. Os dados desta pesquisa serão coletados utilizando-se uma entrevista semiestruturada. Após a leitura flutuante das entrevistas, a organização dos dados se dará utilizando-se do processo de categorização tendo como base o referencial teórico da EPS contidos na PNEPS-SUS, sendo utilizado para a análise desse método de Análise do Discurso (AD) (Minayo). Os dados serão coletados de novembro de 2021 à fevereiro de 2022. O orçamento previsto é de R\$ 2.173,00.

Objetivo da Pesquisa:

Gerar: Analisar as práticas de Educação em Saúde dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária no município de Fortaleza, sob os princípios da Educação Popular em Saúde.

Específicos:

Identificar que ações de Educação em Saúde Bucal são realizadas pelos profissionais;

Endereço: Av. Antônio Junta, 3161, no anexo da Escola de Saúde Pública do Ceará, andar térreo, sala Comitê de Ética em
 Saúde: Marélla CEP: 60.165-020
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: comitico@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer 4.076.770

Reconhecer princípios da Educação Popular em Saúde nas ações realizadas;
Verificar fatores motivacionais, potencialidades e fragilidades dos drurgões-dentistas em ações educativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esse estudo poderá acarretar alguns riscos mínimos como constrangimento, vergonha ou desconforto durante a realização das entrevistas, sendo garantida a reparação dos danos eventualmente causados em decorrência da participação na pesquisa, conforme preconizado na Resolução CNS 466/12. Para diminuir ou mesmo evitar esta situação, deve-se possibilitar uma comunicação clara e coerente durante a entrevista, além de evitar interações que possam influenciar em suas respostas.

Benefícios:

Espera-se perceber a visão do drurgão - dentista sobre suas próprias práticas educativas, fazendo-o refletir sobre a sua realidade e a necessidade ou não de modificá-la. Com isso, promove-se um novo olhar sobre a Educação em Saúde, embasado em práticas reflexivas, dialógicas e efetivamente transformadoras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante que, segundo os princípios da Educação Popular em Saúde, contidos na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), visa analisar as práticas educativas de drurgões-dentistas da atenção primária no município de Fortaleza, podendo melhorar as práticas de saúde para os usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários para realização da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos para a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Resalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XL2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

Endereço: Av. Antonio Juaiz, 3161, no anexo da Escola de Saúde Pública do Ceará, andar térreo, sala Comitê de Ética em Saúde
Bairro: Meireles CEP: 60.165-000

UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: cometica@esp.ce.gov.br

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE**



Continuação do Parecer 5.076.770

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1818927.pdf	24/10/2021 23:09:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto para osp.docx	24/10/2021 23:08:41	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tdes estudo.docx	24/10/2021 23:08:23	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Outros	carta de encaminhamento para etica.docx	19/10/2021 22:43:06	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Outros	curriculo orientadora.pdf	19/10/2021 22:25:04	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Outros	curriculo lilian.pdf	19/10/2021 22:24:23	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Outros	termo de compromisso para utilização dos dados.docx	19/10/2021 22:17:02	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Outros	carta de anuendo aprm1.pdf	19/10/2021 22:12:40	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	19/10/2021 22:04:42	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao de concordancia.docx	19/10/2021 22:03:27	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/10/2021 22:01:21	Lilian Fernandes Amarante	Aceito
Folha de Rosto	Assinatura.pdf	11/10/2021 17:26:57	Lilian Fernandes Amarante	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 04 de Novembro de 2021

Assinado por:
JADSON FRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Antônio Juaiz, 3161, no anexo da Escola de Saúde Pública do Ceará, andar térreo, sala Correli de Etilos em
Salina: Metrópolis CEP: 60.165-090
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: correli@esp.ce.gov.br