



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL DE SOBRAL-CEARÁ**

SOBRAL-CEARÁ

2014

JANICE DÁVILA RODRIGUES MENDES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL DE SOBRAL-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

SOBRAL-CEARÁ

2014

Bibliotecária Responsável: Ivete Costa CRB 3/998

M491e

Mendes, Janice Dávila Rodrigues

Educação em saúde: percepções e práticas das equipes de saúde bucal de Sobral-Ceará / Janice Dávila Rodrigues Mendes. -- Sobral, 2014.
106 p.

Orientador: Profª Drª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde da Família - Estratégia. 3. Saúde Bucal. 4. Educação em Saúde Bucal. I. Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima. II. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 613

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE SOBRAL-CEARÁ

JANICE DÁVILA RODRIGUES MENDES

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 29 de abril de 2014, pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

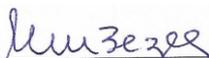
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Dra.
Presidente
RENASF/UVA



Profa. Maria Socorro de Araújo Dias, Dra.
1º Examinador
RENASF/UVA



Profa. Mirna Marques Bezerra, Dra.
2º Examinador
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Maria Adelane Alves Monteiro, Dra.
Examinador Suplente
RENASF/UVA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde, força, determinação e coragem, permitindo a conclusão deste trabalho.

À minha família, que sempre me incentivou e contribuiu bastante para meu crescimento profissional.

À profa. Dr^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, pelo apoio, amizade, carinho, paciência, compreensão e todo o empenho dedicado à elaboração desta pesquisa.

Às professoras participantes da Banca Examinadora: profa. Dr^a Maria Socorro de Araújo Dias e profa. Dr^a Mirna Marques Bezerra, pelas valiosas contribuições e sugestões.

À Secretaria de Saúde de Sobral, pela liberação para cursar o mestrado e por autorizar o acesso às Unidades de Saúde e aos profissionais de Saúde Bucal participantes do estudo.

Aos profissionais sujeitos do estudo, pelo tempo concedido durante a coleta de dados, e pela disposição em participar da pesquisa.

A todos os professores do curso, que contribuíram de alguma forma, com reflexões e questionamentos, que me possibilitaram a aproximação com o objeto de estudo.

“A educação popular, praticando-se num tempo-espaço de possibilidade, por sujeitos conscientes ou virando conscientes disto, não pode prescindir do sonho [...] por um mundo menos malvado, menos feio, menos autoritário, mais democrático, mais humano” (Paulo Freire).

RESUMO

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação dos profissionais e usuários na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença. Diante desse contexto, realizamos um estudo com o objetivo de analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. O período da coleta de dados foi durante os meses de novembro do ano de 2013 a janeiro de 2014. Estas atividades foram analisadas tomando-se como referencial teórico de educação em saúde o método da Educação Popular de Paulo Freire. A pesquisa classificou-se em exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as equipes de saúde da família no município. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e a observação simples e, processados através da Análise de Discurso. Na análise e discussão dos resultados, a concepção de Educação em Saúde referida majoritariamente pelos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde. Os profissionais encontram-se frente a diversos desafios que dificultam a consolidação de um novo modelo tecnoassistencial em saúde. Nota-se a necessidade de reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas educativas no cotidiano dos serviços, de forma conjunta, envolvendo os diversos atores e setores implicados. É necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, que considerem a educação popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. Este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a Educação em Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde Bucal. Educação em Saúde Bucal.

ABSTRACT

Education in health actions, in an enlarged conception of health care, require the participation of professions and users in the mobilization, training and development of learning for individual and social skills to deal with health-sickness processes. In the light of this context, we conducted a study with the objective of analyzing education in health activities performed by the oral health teams that are inserted in the Family Health Strategy in the municipality of Sobral, Ceará. These activities were analyzed, using the Popular Education method by Paulo Freire as theoretical reference for education in health. The survey ranked number exploratory and descriptive qualitative approach. The participants in the study were the dental surgeons and oral health auxiliaries that compose the family health teams in the municipality. Data were collected by means of semi-structured interviews and simple observation and, processed using Discourse Analysis. In the analysis and discussion of results, the conception of Education in Health referred to overwhelmingly by the professionals is related to the Traditional Model of Education in Health. The professionals are facing several challenges that hinder the consolidation of a new technical assistance model in health. There is a need for reflections capable of propitiating the implementation of educative practices in the routine of services, in a collective manner, involving the different professionals and sectors concerned. The development of more intensive policies for the training of health professionals, which consider popular education and the use of active teaching methodologies as method in their formation, is necessary. This study may contribute to a reflection regarding the theme in practice, in this manner enabling the construction of a new approach to Education in Health.

Keywords: Education in Health. Family Health Strategy. Oral Health. Oral Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MASF	Mestrado Acadêmico em Saúde da Família
NAC	Necessidade de Atendimento Clínico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PABAE	Programa Brasileiro-Americano de Auxílio ao Ensino Elementar
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Justificativa e Relevância da Pesquisa.....	15
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	Atuação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.....	18
3.2	Concepções e Práticas em Educação em Saúde: em foco a Educação Popular.....	23
4	METODOLOGIA.....	36
4.1	Características da Pesquisa.....	36
4.2	Cenário do Estudo.....	37
4.3	Sujeitos da Pesquisa.....	38
4.4	Processo de Coleta de Dados e Técnica de Análise.....	39
4.5	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1	Referencial Teórico de Educação em Saúde Presente na Percepção dos Profissionais de Saúde Bucal.....	44
5.2	Educação em Saúde: em foco as Atividades da Equipe de Saúde Bucal.....	50
5.3	Temáticas em Saúde Bucal Trabalhadas no Cotidiano da Equipe.....	60
5.4	Mudanças Comportamentais em Relação à Saúde Bucal.....	74
5.5	Desafios na Realização das Atividades de Educação em Saúde.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
	APÊNDICES.....	98
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES – ENTREVISTA.....	101
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO SIMPLES – CHECK LIST.....	102
	ANEXOS.....	103
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DE SOBRAL..	104
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	105

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, a partir da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994. Esta estratégia surgiu como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da atenção básica.

A Política Nacional da Atenção Básica, que foi aprovada através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006b).

Esta política redefiniu os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família. Nesse processo histórico, a Atenção Básica (AB) foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006b).

De acordo com os princípios gerais desta Política (BRASIL, 2006b), a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Esta Política Nacional da Atenção Básica teve suas diretrizes e normas revistas em 2012, quando foram atualizados conceitos e introduzidos elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou-se na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e coordenadora do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), facilitando também as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012b).

Neste contexto das ações de saúde, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) orientam a reorganização da Atenção em Saúde Bucal em todos os

níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, trazendo consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde.

A Equipe de Saúde Bucal foi inserida na ESF no ano de 2000, apresentando-se como parte integrante e importante para a saúde da população, visto que os agravos bucais e suas sequelas constituem-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas. Tais agravos são facilmente prevenidos através da mudança de hábitos de higiene bucal e de alimentação da população, assim como a realização de ações de educação em saúde. Nesse contexto, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais pública e coletiva (PAULETTO e cols., 2004).

A inclusão da odontologia na ESF ampliou as dimensões de seu processo de trabalho para grupos, coletivos e comunidade, o que usualmente não estava previsto na sua formação acadêmica. O Cirurgião-dentista que, historicamente, no seu processo formativo, teve como foco a atenção individual curativista, tem como desafio a reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica sob o marco da promoção da saúde e da integralidade (MENDES; VIANA, 2005).

As ações de promoção e proteção da saúde devem ser realizadas com o objetivo de reduzir fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esse grupo compreende um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho com grupos), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clubes, ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua ou não, e compreendem: Fluoretação das águas, Educação em Saúde, Higiene Bucal supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor (BRASIL, 2004).

Nesse contexto insere-se a Educação em Saúde, a qual engloba ações que têm por finalidade a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, possibilitando ao usuário uma mudança de hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades (BRASIL, 2004).

As ações de educação em saúde bucal não devem se restringir ao campo oral, a Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia a integração da saúde oral com a saúde

geral, buscando relacionar as atividades da odontologia às políticas públicas e aos programas de saúde através de fatores como o consumo do álcool e do tabaco, a dieta e o consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, trabalhos de prevenção de acidentes de trânsito, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros (KWAN; PETERSEN, 2004).

Uma grande parte de ações anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da atenção básica, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada e palestras desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares. Algumas dessas intervenções apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconscientes. As limitações destas ações se devem ao fato de não produzirem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores estruturais que determinam uma saúde bucal deficiente (KUSMA e cols., 2012).

Estudos sobre práticas educativas direcionadas a alunos mostraram que o ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostraram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e descrição das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, não era suficiente para que os estudantes desenvolvessem atitudes de vida saudável. É preciso educar para a saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia-a-dia escolar (BRASIL, 1997a).

Em um estudo realizado por PIMENTEL e cols. (2012), sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal em municípios do estado de Pernambuco (Brasil), as atividades desenvolvidas por estas equipes nos grupos educativos (gestantes, idosos, adolescentes) tiveram como objetivo principal buscar adesão do paciente ao tratamento, à prevenção de riscos e ao controle de doenças. Neste estudo, as ações pretendidas para estes grupos tiveram uma forte base na transmissão de informações e esclarecimentos sobre doenças e agravos.

De acordo com SANTOS e cols. (2010), as práticas em saúde, sejam de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal, para que sejam incorporadas, devem ser pensadas muito além da simples transmissão de conhecimentos. A comunicação deve ser processo democrático que envolva informação, interlocução e outros

processos culturais, como o da educação, pois ao apresentar ou reforçar qualquer conceito existe a necessidade de ser estabelecido um vínculo interpessoal.

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Atualmente, embora se enfatize a integração da prevenção às práticas de saúde, a menor parcela de estudos sobre medidas preventivas em odontologia são provenientes da América Latina (2,9%). A educação em saúde está sendo pouco descrita nos estudos de forma isolada, sendo as práticas mais avaliadas o flúor em dentifrícios e bochechos, assim como selantes oclusais. Há ainda um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares. A regularidade e frequência do procedimento preventivo, as ações voltadas aos diferentes problemas bucais e as outras faixas etárias ainda são informações escassas (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações, conforme os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Em decorrência da implementação desta Política Nacional de Saúde Bucal centrada na promoção e na vigilância em saúde, demanda-se o aprimoramento e o investimento em estratégias avaliativas que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal. Avaliar práticas com o objetivo de apoiar a gestão da atenção primária em saúde implica o uso de metodologias que permitam avaliar não somente os resultados e o impacto das intervenções, mas também o processo político-social para alcançar os objetivos de forma sustentável (KUSMA e cols., 2012).

Diante do exposto, o objeto de estudo deste trabalho foi analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará. Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar em saúde bucal (ASB) ou agente comunitário de saúde (ACS). Embora possam ser realizadas por estes profissionais, compete a toda a equipe de saúde bucal (ESB) planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las. Este estudo abordou as atividades educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas e

auxiliares de saúde bucal, visto que, no município, eram estes os sujeitos mais atuantes no planejamento e na execução destas ações.

O município de Sobral-Ceará foi um dos pioneiros a inserir a Equipe de Saúde Bucal na ESF, em 1998, dando seguimento ao Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas, que foi apresentado em outubro de 1997 pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde. Este documento foi o primeiro a realizar um diagnóstico de situação, apontar necessidades e proposições na área da saúde bucal do município (MENDES; VIANA, 2005).

Nesta perspectiva, dando seguimento a este Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas, a Coordenação de Saúde Bucal do município, em 2007, elaborou um guia de trabalho para diagnóstico de situação, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde. Este guia foi elaborado em conjunto com as equipes atuantes na época e teve como principal objetivo servir como instrumento de orientação para o trabalho em saúde bucal, baseando-se principalmente em dados de informação em saúde. Dentre as atividades preconizadas, tem-se o desenvolvimento de ações educativas com metodologia participativa e problematizadora com escolares e demais grupos existentes nos territórios (SOBRAL, 2007).

Alguns estudos realizados em Sobral, no ano de 2005, correspondentes às pesquisas dos residentes em saúde da família da IV turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), abordaram interessantes temas relacionados à Educação em Saúde e grande parte das experiências vivenciadas por esta turma serviu de subsídio para a elaboração do guia de trabalho para planejamento e avaliação das ações de saúde bucal.

Um destes estudos, realizado por REIS e GUIMARÃES (2005), tinha como objetivo descrever a proposta de organização da atenção à saúde bucal em uma unidade de saúde da família, tendo como referência a participação popular. Foram realizadas entrevistas com os usuários da unidade onde se procurou captar suas vivências e expectativas sobre uma nova metodologia adotada durante as marcações de consulta odontológicas. Esta nova abordagem baseava-se na participação popular como instrumento de reorganização do serviço, onde, através de diálogos, e de pactos estabelecidos entre a equipe e os usuários, ficou instituído como deveria ser a marcação de consultas, quais eram as prioridades da comunidade e suas principais demandas. Este momento tornava-se uma interessante proposta de educação em saúde. Com isto, demonstrou-se que a população entende muito bem o conceito de equidade, até melhor do que muitos profissionais do setor.

Outra pesquisa importante foi a de ROCHA e BRANDÃO (2005), sobre a relação do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família com a comunidade, em Sobral. A discussão dos resultados mostrou que é preciso aprender a aprender. Reconhecer que existe

um saber popular, que é possível conhecer a realidade, integrando-se com a coletividade, que é muito melhor juntos conhecerem os problemas para buscar as soluções. Com essa aproximação do dentista à comunidade, o vínculo entre estes se estreitará. Juntos, a educação, a informação e a prevenção das doenças bucais mais comuns, como a cárie e problemas periodontais, constituem instrumentos de promoção de saúde e com os quais se espera conseguir mudar positivamente os índices na saúde bucal.

Mais recentemente, em 2009, foi realizada uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, dos residentes da VI e VII turma da RMSF, onde se buscou descrever as ações de odontologia realizadas por estes. Em relação às atividades de educação em saúde, na atenção à criança e aos adolescentes, estas atividades aconteciam em creches e escolas, envolvia alunos, pais e professores, e tinha a problematização como metodologia de abordagem. A atenção aos adolescentes englobava, ainda, a participação dos cirurgiões-dentistas residentes em grupos, numa dinâmica interdisciplinar e intersetorial, tendo articulação com outros profissionais de saúde atuantes nos territórios, assim como com líderes comunitários e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Na atenção aos adultos, gestantes e pacientes com doenças crônicas, a atuação destes residentes nos grupos de educação em saúde ocorria de forma pontual, discutindo temáticas relacionadas ao autocuidado em saúde bucal e sua relação com as condições sistêmicas. Outro grupo onde se dava a participação dos residentes de forma sistemática era o dos idosos, onde se tinha ações interdisciplinares, estimulando o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde bucal nesta faixa etária (PARESQUE e cols., 2009).

Estes estudos representaram importantes avanços para a organização da saúde bucal na época e para o aprimoramento de saberes e ações. Entretanto, realizando uma revisão bibliográfica de artigos da revista SANARE, monografias de egressos da RMSF, dissertações do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), da Universidade Federal do Ceará (UFC-*campus* Sobral), considerando pesquisas realizadas no município de Sobral, por odontólogos, de um total de 33 pesquisas, constatou-se que 07 trabalhos englobam o tema promoção da saúde e nenhum deles possui como assunto principal o presente objeto de estudo, ou seja, análise das ações de educação em saúde desenvolvidas pelas ESB. Conseqüentemente, observa-se uma lacuna na produção odontológica do município em relação a este tema, conforme já enfatizado em estudos de outros estados, como os de ALMEIDA e FERREIRA (2008), que concluíram que a educação em saúde está sendo pouco descrita e analisada nas pesquisas de forma isolada.

A pretensão deste novo trabalho vai ao encontro da análise das ações de educação em saúde, numa perspectiva de buscar saber como está estruturada a saúde bucal no município de Sobral, após 15 anos da inserção das primeiras equipes, e de todo um histórico de evolução do serviço no município, levando em consideração que muitos cirurgiões-dentistas concluíram a Residência em Saúde da Família, que traz consigo a proposta de qualificar os profissionais para atender aos princípios do SUS, embora, atualmente, exista um pequeno número daqueles entre os que se encontram na assistência.

1.1 Justificativa e Relevância da Pesquisa

O trabalho como Cirurgiã-Dentista da Estratégia de Saúde da Família há mais de 5 anos, após a conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da atuação como preceptora desta, no município de Sobral/Ce, fez despertar na pesquisadora o interesse sobre as práticas de promoção e prevenção em Odontologia, principalmente na área da educação em saúde, seja pela carência de estudos avaliativos sobre estas práticas ou da falta de registros adequados destas ações, que impedem o seu acompanhamento longitudinal e não permitem avaliar o real impacto sobre a Saúde Bucal da população.

Percebe-se também, através de observações empíricas, e de conversas informais, que os demais cirurgiões-dentistas que atuam no município sentem dificuldades em realizar e avaliar as atividades de educação em saúde, possivelmente devido à sua formação acadêmica, ainda voltada quase sempre para o atendimento clínico individual e curativista, pois, em muitas situações, as atividades são realizadas de forma pontual e desvinculadas com a realidade da população, além de não haver uma avaliação após, a fim de observar melhorias nas condições de saúde bucal da população.

Diante disso, a motivação para desenvolver esta pesquisa partiu, em grande parte, da experiência da pesquisadora enquanto residente, pois o projeto pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família permite uma maior aproximação com conceitos e práticas de Promoção e Educação em Saúde no âmbito da ESF, buscando, dessa forma, superar o modelo de graduação tecnicista e biomédico, historicamente determinado na formação da maioria dos profissionais da área da saúde. Assim, considerando as várias concepções e metodologias de Educação em Saúde existentes, tais como pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e as pedagogias críticas ou libertadoras, nos foi apresentada a proposta de Educação Popular, que é considerada uma tendência pedagógica crítica, pelo renomado educador Eymard Mourão Vasconcelos, que nos mostrou que fazer

educação em saúde significava não o que a maioria dos profissionais imagina, mas algo que vai muito além, contribuindo para que houvesse uma aspiração e interesse em aprender mais sobre o assunto, devido à dificuldade que encontrava no cotidiano de trabalho na ESF.

Sendo assim, estas atividades foram analisadas tomando-se como referencial teórico de educação em saúde o método da Educação Popular de Paulo Freire, o qual se coloca como referência no campo das práticas dos profissionais de saúde, trazendo contribuições 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 comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais (BRASIL, 2007).

Uma das justificativas para a utilização deste referencial teórico está no fato do Sistema Saúde Escola de Sobral, através da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), ter como um de seus referenciais pedagógicos a Educação Popular inspirada na abordagem Freiriana da educação. Os encontros produzidos na perspectiva da Educação Permanente em Sobral, que abrange várias categorias, entre as quais, a odontologia, são realizados levando-se em consideração tais pressupostos (SOARES e cols., 2008).

Estes pressupostos da Educação Popular são fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho de promoção da saúde na ESF que promova um impacto positivo na saúde da população, e estimule os trabalhadores da saúde a repensarem suas práticas e os direcione a construir, juntos com a comunidade, uma resposta possível às suas dores e angústias, de tal forma que não se produzam somente consultas, atendimentos, encaminhamentos e repasse de informações sobre sua saúde, mas também, venha à produzir conhecimento, autonomia e co-responsabilização em cada usuário do sistema.

Nesse contexto, acredita-se que este estudo possa suscitar reflexões sobre como os cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal estão realizando as ações educativas de saúde bucal, para que estes se sensibilizem e conheçam melhor a sua forma de atuação, a fim de possibilitar uma possível reorientação destas práticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Desvelar o referencial teórico orientador das práticas educativas em saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal.
- Descrever o percurso metodológico (planejamento, seleção das temáticas, desenvolvimento e avaliação) das atividades de educação em saúde realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O objeto de estudo levou a realizar leituras sobre a atuação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, desde a sua inserção oficial, em 2000, até os dias atuais, considerando as potencialidades, avanços, resolutividades, dificuldades e desafios desta reorganização da Saúde Bucal na Atenção Primária e as diferentes concepções e práticas em Educação em Saúde, com ênfase para a Educação Popular, mostrando a visão de alguns renomados autores sobre esta temática.

3.1 Atuação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

A primeira etapa da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) se iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994 teve início a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Desde a implantação do programa, os ACS já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (BRASIL, 2002).

Em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu que o PSF, embora rotulado como programa, por suas especificidades, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizava-se como uma estratégia que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Desta forma, o PSF passou a ser considerado uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendida como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras (BRASIL, 1997b).

A composição das equipes de saúde da família, na época, era formada, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderiam ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exigia criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupos (BRASIL, 1997b).

Em 1998, uma pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em convênio com o Ministério da Saúde, mostrou números alarmantes em relação à saúde bucal dos brasileiros, como, por exemplo, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham frequentado um consultório odontológico. Revelaram, também, que a saúde bucal estava recebendo uma parcela escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS, pois, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos. Os resultados deste estudo motivaram o Ministério da Saúde a propor medidas que contribuíssem para a melhoria da Saúde bucal da população (BRASIL, 2002).

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se pela assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados às doenças cárie e periodontal. Dessa forma, havia, em muitos municípios, um menor acesso da população adulta aos serviços odontológicos devido à priorização da atenção às crianças em idade escolar. Neste contexto, o restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores, o que resultou numa baixa cobertura de atendimento (ANJOS e cols., 2011).

Assim, como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, houve a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da publicação da Portaria GM/MS, nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios. Desta forma, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na ESF. Em março de 2001 foi publicada a Portaria GM/MS nº 267, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Atenção Primária (BRASIL, 2002).

Esta portaria determinava atribuições comuns a todos os profissionais da Saúde bucal, específicas do cirurgião-dentista (CD), específicas do técnico em saúde bucal (TSB), e as específicas do auxiliar em saúde bucal (ASB). Além disso, tratava do funcionamento das equipes, formas de financiamento, qualificação das equipes aos municípios, responsabilidades institucionais de cada esfera de governo, entre outras deliberações.

Em 2003 houve uma revisão desta Portaria GM/MS nº 267, através da publicação da Portaria nº 673, que estabeleceu novas normas para a inserção das equipes de saúde bucal nos municípios, considerando que cada equipe de saúde bucal (ESB) deveria ser implantada para cada equipe de saúde da família existente, dessa forma, a relação entre ESB e saúde da família se tornaria de 1:1, anteriormente esta relação era de 2:1 (BRASIL, 2003).

Sobre as atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde bucal, destacam-se: participar do processo de planejamento, acompanhamento e

avaliação das ações desenvolvidas nos seus respectivos territórios de abrangência; identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal; estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; executar ações básicas de vigilância epidemiológica em suas áreas de abrangência; organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do plano municipal de saúde; sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal (BRASIL, 2002).

As ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da família foram inicialmente pensadas como forma de expressão dos princípios e diretrizes do SUS, devendo apresentar as seguintes características operacionais: caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde; adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde da família; integralidade da assistência prestada à população adscrita; articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do SUS; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais e acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2002).

Objetivou-se com esta inserção das ESB uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, que inviabilizavam a efetivação do acesso, para um modelo de vigilância à saúde que enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças (PIMENTEL e cols., 2012).

A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família estabeleceu um novo cenário na odontologia brasileira, em que há um convite para a busca de novos conhecimentos e práticas. O objeto da odontologia passou a ser a melhoria da qualidade de vida das comunidades, e para a conquista desse objetivo faz-se necessário refletir sobre a prática atual e dispor-se a uma construção coletiva com a colaboração não somente de outros profissionais como também da própria comunidade. O CD que historicamente, no seu processo formativo, teve como foco a atenção individual curativista, tem como desafio a reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Primária sob o marco da promoção da saúde e da integralidade (MENDES; VIANA, 2005).

O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento,

o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. Para o cirurgião-dentista (CD), a integração à ESF pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde (FACCIN e cols., 2010).

Neste contexto de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal no país, em 2004, o Ministério da Saúde publicou um documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes tinham como objetivo principal promover uma reorganização da atenção em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do processo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

De acordo com o documento, essa reorientação tem os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica para que haja qualidade e resolubilidade na prestação dos serviços; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância à saúde; incorporar a saúde da família como estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações; e definir uma agenda de pesquisa científica (BRASIL, 2004).

Estas diretrizes da Política Nacional trouxeram considerações importantes sobre as ações de saúde bucal na ESF, as quais devem se inserir no planejamento em conjunto com a equipe, numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. Estas ações incluem: promoção e proteção de saúde; recuperação e reabilitação.

As ações de promoção da saúde, neste sentido, devem sempre ser desenvolvidas de maneira a buscar a autonomia dos usuários, estimular práticas de autocuidado pelas famílias e indivíduos, considerando as diferenças sociais e peculiaridades culturais presentes em cada território.

Neste documento também foi discutida a ampliação do acesso, através da inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, do trabalhador,

dos portadores de necessidades especiais, dos hipertensos, dos diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores chances de ganho situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado (BRASIL, 2004).

No atual contexto nacional em que se encontra o processo de ampliação das redes de atenção em saúde bucal, os brasileiros estão mais próximos das ações de assistência à saúde bucal, como também estão mais informados sobre os cuidados e preocupações com sua saúde. Diante da ampliação da ESF, a ESB vem mostrando-se como um potente instrumento disseminador de informações sobre cuidados com a saúde; porém tal fato, ao mesmo tempo em que está associado a potencialidades, avanços e resolutividades, enfrenta também dificuldades e desafios (ANJOS e cols., 2011).

Os principais problemas e dificuldades que vêm sendo vivenciados pelas ESBs não são exclusivos da odontologia enquanto campo da saúde, mas refletem o que se apresenta nas equipes da ESF como um todo, onde o processo para a formação do profissional é de fundamental importância para que este seja inserido e contextualizado no perfil de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (ANJOS e cols., 2011).

É necessário reconhecer que a formação de recursos humanos (RH) em saúde na ESF, e em saúde bucal, voltada para um cuidado integral, ainda é um dos nós críticos do SUS. Na prática da ESF, os profissionais de saúde apóiam-se no modelo flexneriano com frágil organização de uma política de Educação Permanente para o SUS, constituindo-se em um dos maiores entraves para sua qualificação e vinculação ao sistema, em descompasso com a interação de saberes e práticas integrais e humanizadas (RODRIGUES e cols., 2011).

As transformações nos processos de trabalho na saúde dependem, em grande parte, das atitudes dos gestores, mas também do envolvimento e do compromisso de todos os profissionais. Para que os resultados obtidos na dinâmica de trabalho na ESF sejam favoráveis aos princípios e diretrizes do SUS, faz-se importante incorporar, no cotidiano dos sujeitos envolvidos, processos educativos que permitam a organização das práticas profissionais a partir das necessidades de saúde da população. A educação permanente deverá ser enfatizada

como instrumento formador de um sujeito socialmente responsável e como elemento fundamental no contexto da atenção à saúde (AMORIM; SOUZA, 2010).

ROCHA e ARAÚJO (2009) relatam também alguns fatores limitantes ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões-dentistas na ESF. Cabe citar estrutura física inadequada às atividades; indisponibilidade de equipamentos; instrumental e material inadequados à realização de todas as ações previstas; ausência de um número maior de especialistas na atenção secundária; falta de planejamento das atividades, que leve em consideração as necessidades e expectativas da população; falta de capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe.

LOURENÇO e cols. (2009) destacam como pontos negativos da inserção das ESB na ESF, aspectos operacionais e administrativos, como a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho, com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e equipe de saúde da família.

RODRIGUES e cols. (2011) enfatizam que a “alta rotatividade” e a ausência de cirurgiões-dentistas em algumas unidades de saúde da família apontam para a premência da efetiva vinculação do trabalhador ao SUS, para que este faça parte de uma construção coletiva como sujeito ativo e corresponsável pela gestão do sistema. A precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva abrem caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o sistema. Sendo assim, para superação dessas limitações, a política de recursos humanos teria que colocar na agenda a qualificação e responsabilização dos trabalhadores e dos gestores, com participação cidadã, vislumbrando a (re) significação das práticas.

Considera-se, enfim, que para se concretizar a inserção da Odontologia na ESF é preciso o amadurecimento de políticas públicas norteadoras de programas e modelos de atenção, bem como o entendimento dessa estratégia como um modelo de atenção em construção para a consolidação do Sistema Único de Saúde, devendo respeitar seus princípios filosóficos de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização (ANJOS e cols., 2011).

3.2 Concepções e Práticas em Educação em Saúde: em Foco a Educação Popular

Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Tais concepções são norteadas pelas tendências pedagógicas, a forma pela qual é

compreendido o processo de ensino-aprendizagem. Segundo o Ministério da Educação e Cultura, as tendências pedagógicas dominantes no sistema educacional brasileiro são: a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações sociais e políticas (MEC, 1997).

Estas tendências referem-se à forma predominante pela qual se efetua o processo educativo. Muitas vezes os professores ou os instrutores de um mesmo cenário educativo podem utilizar processos pedagógicos diferentes e, portanto, haver uma mescla de tendências utilizadas (PEREIRA, 2003).

Desta forma, em cada momento histórico, em cada sociedade, em cada realidade social, o processo educacional é portador de uma ideologia, e através de uma doutrina pedagógica leva o educando a integrar-se ao sistema em que vive. Cada opção pedagógica, quando exercida de maneira dominante, durante um período prolongado, tem consequências previsíveis sobre a conduta individual e também, o que é mais importante, sobre o comportamento da sociedade em seu conjunto (ANTUNES e cols., 1999).

Na pedagogia tradicional, os conteúdos de ensino são os conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações adultas e repassados ao aluno como verdades. As matérias de estudo que visam preparar o aluno para a vida são determinadas pela sociedade e ordenadas na legislação. Os conteúdos são separados da experiência do aluno e das realidades sociais, valendo pelo valor intelectual, razão pela qual a pedagogia tradicional é criticada como intelectualista e, às vezes, como enciclopédica (LUCKESI, 2011).

No relacionamento professor-aluno, nesta tendência pedagógica, predomina a autoridade do professor, que exige atitude receptiva dos alunos e impede qualquer comunicação entre eles. O professor transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida; em consequência, a disciplina imposta é o meio mais eficaz para assegurar a atenção e o silêncio (LUCKESI, 2011).

Nessa prática pedagógica, o educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se depósito de informações fornecidas pelo educador, também é denominada “educação bancária”. Educa-se para arquivar o que se deposita, ou seja, “pensa-se que quanto mais se dá, mais se sabe” (VILA; VILA, 2007).

As repercussões dessa corrente pedagógica, tanto em nível individual quanto social, são: Em nível individual: (a) hábito de tomar notas e memorizar; (b) passividade do aluno e falta de atitude crítica; (c) profundo “respeito” quanto às fontes de informação, sejam elas professores ou textos; (d) distância entre teoria e prática; (e) tendência ao racionalismo radical; (f) preferência pela especulação teórica; e (g) falta de “problematização” da realidade.

Em nível social: (a) adoção inadequada de informações científica e tecnológica de países desenvolvidos; (b) adoção indiscriminada de modelos de pensamento elaborados em outras regiões (inadaptação cultural); (c) individualismo e falta de participação e cooperação; e (d) falta de conhecimento da própria realidade e, conseqüentemente, imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; submissão à dominação e ao colonialismo; manutenção da divisão de classes sociais (*status quo*) (BORDENAVE, 1999).

Para BEHRENS (1999), e LUCKESI (2011), este tipo de prática pedagógica ainda é bastante frequente nas escolas e universidades brasileiras.

FIGUEIREDO e cols. (2010) consideram que, historicamente, sempre houve uma tendência a estruturar as ações educativas em saúde no sentido de ampliar informações da população sobre os principais danos/agravs. Para tanto, inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção eram disseminados à população, caracterizando o Modelo Tradicional de Educação em Saúde.

Sobre a pedagogia renovada, esta inclui várias correntes que, de uma forma ou de outra, estão ligadas ao movimento da pedagogia não-diretiva, representada principalmente pelo psicólogo Carl Rogers e pelo movimento chamado Escola Nova ou Escola Ativa (John Dewey, Maria Montessori, Ovide Decroly, Jean Piaget, Anísio Teixeira, entre outros) (PEREIRA, 2003).

Essas correntes, embora admitam divergências, assumem um mesmo princípio norteador de valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social. O centro da atividade escolar não é o professor nem os conteúdos disciplinares, mas sim o aluno, como ser ativo e curioso. O mais importante não é o ensino, mas o processo de aprendizagem (PEREIRA, 2003).

Esta tendência pedagógica propõe que os conteúdos de ensino enfatizem os processos de desenvolvimento das relações e da comunicação, tornando secundária a transmissão de conteúdos. Os processos de ensino visam mais facilitar aos estudantes os meios para buscarem por si mesmos os conhecimentos que, no entanto, são dispensáveis (LUCKESI, 2011).

Os métodos usuais de ensino são dispensados, prevalecendo quase que exclusivamente o esforço do professor em desenvolver um estilo próprio para facilitar a aprendizagem dos alunos. Sua função restringe-se a ajudar o aluno a se organizar, utilizando técnicas de sensibilização onde os sentimentos de cada um possam ser expostos, sem ameaças. Assim, o objetivo do trabalho escolar se esgota nos processos de melhor relacionamento interpessoal, como condição para o crescimento pessoal (LUCKESI, 2011).

O professor estimula ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades. Desta forma, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do “eu” do aluno.

É uma tendência de ensino do início do século XX, na qual procurava estimular a curiosidade da criança para o aprendizado. Os jogos educativos, por exemplo, foram utilizados como estratégias de aprendizagem. O ambiente deveria ser dotado de materiais didáticos, estimulante e alegre, muito diferente do ambiente frio e formal da escola tradicional. O professor deveria trabalhar com pequenos grupos, de forma que a relação interpessoal dinamizasse o processo de ensino-aprendizagem. Como uma nova metodologia e embora muito difundida na época, na prática não se disseminou por todo o sistema de ensino. Segundo o MEC (1997), a ideia de um ensino guiado pelo interesse dos alunos acabou, em muitos casos, por desconsiderar a necessidade de um trabalho planejado, perdendo-se de vista o que se deve ensinar e aprender. Essa tendência teve grande penetração no Brasil na década de 30, principalmente no ensino pré-escolar (jardim de infância). Até hoje esta corrente influencia algumas práticas de ensino, com maior destaque na educação infantil, especialmente no campo da orientação educacional e da psicologia escolar (PEREIRA, 2003).

A pedagogia tecnicista, por sua vez, teve início a partir da segunda metade dos anos 1950, com o PABAAE (Programa Brasileiro-Americano de auxílio ao ensino elementar). Entretanto, foi introduzida mais efetivamente no final dos anos 1960, com o objetivo de adequar o sistema educacional à orientação político-econômica do regime militar: inserir a escola nos modelos de racionalização do sistema de produção capitalista. Foi quando a orientação escolanovista cedeu lugar à tendência tecnicista, pelo menos no nível de política oficial; os marcos de implantação deste modelo são as leis nº 5.540/68 e 5.692/71, que reorganizaram o ensino superior e o ensino de 1º e 2º graus (LUCKESI, 2011).

Esta pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida pelo professor, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (PEREIRA, 2003).

Os conteúdos de ensino, segundo esta tendência pedagógica, são as informações, princípios científicos, e leis, estabelecidos e ordenados em uma sequência lógica e psicológica por especialistas. É matéria de ensino apenas o que é redutível ao conhecimento observável e

mensurável; os conteúdos decorrem, assim, da ciência objetiva, eliminando-se qualquer sinal de subjetividade. O material instrucional encontra-se sistematizado nos manuais, livros didáticos, nos módulos de ensino, e nos dispositivos audiovisuais (LUCKESI, 2011).

O professor, desta forma, é apenas um elo entre a verdade científica e o aluno, cabendo-lhe empregar o sistema instrucional previsto. A comunicação professor-aluno tem um sentido exclusivamente técnico, que é o de garantir a eficácia da transmissão do conhecimento. Debates, discussões, questionamentos, são desnecessários, assim como pouco importam as relações afetivas e pessoais dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem (LUCKESI, 2011).

As consequências da pedagogia do condicionamento, tecnicista ou modelagem da conduta são assim descritas por BORDENAVE (1999): Em nível social: (a) tendência à robotização da população com maior ênfase na produtividade e eficiência do que na criatividade e na originalidade; (b) costumes de dependência de uma fonte externa para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços: desenvolvimento da necessidade de um líder; (c) falta de desenvolvimento de consciência crítica e cooperação; (d) suscetibilidade dos programas à manipulação ideológica e tecnológica; (e) ausência de dialética “professor-conteúdo”, salvo em sessões eventuais de reajustes; (f) dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos; (g) tendência ao conformismo por razões superiores de eficiência e pragmatismo utilitário.

Esta tendência vem influenciando a formação dos profissionais de saúde, tanto que autores como CORDEIRO e MINAYO (1997, p. 61) citam o cliente como objeto e não como um sujeito da ação dos profissionais de saúde. Como objeto, as ações são centradas no seu corpo, órgão afetado. Apontam que na área de saúde é necessário integrar na formação de seus profissionais uma formação humanística:

Quando falo de formação humanística, refiro-me à necessidade de se considerar que doente é gente, que gente não é só corpo, que gente não é só pedaço, não é só órgão. O que estou reivindicando é que o centro do pensamento médico seja a pessoa e não a especialidade em si [...].

Segundo ANTUNES e cols. (1999), até o final dos anos 1960, mantinha-se, no ensino da enfermagem, a concepção do condicionamento. A educação do pessoal da enfermagem manteve-se voltada a aprender técnicas, para cumprir rapidamente o papel que se esperava dele: atender a demandados cuidados necessários "aprendendo passo a passo a maneira de executar um procedimento, mas sem a necessidade de aprender o porquê de tal procedimento".

Enfim, até a década de 1970, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Eram ações prioritariamente em favor da expansão da assistência individualizada à saúde.

Nos anos 1970, com o lento processo de abertura política no país, após o governo militar, junto aos movimentos sociais emergentes, começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde aprenderam a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Estes profissionais foram descobrindo que as classes populares, ao contrário de uma massa de carentes passivos e resistentes a mudanças, eram habitadas por grandes movimentos de busca de enfrentamento de seus problemas e por muitas iniciativas de solidariedade. Quando colocavam o seu saber e o seu trabalho a serviço dessas iniciativas populares, os resultados eram surpreendentes. Assim, estes profissionais aproximaram-se do mundo popular na busca de uma metodologia de relação que superasse a forma autoritária como as elites (até mesmo as lideranças de esquerda) abordavam a população (BRASIL, 2007).

Desta forma, no final dos anos 70 e início dos 80, a abertura política no final do regime militar coincidiu com intensa mobilização de educadores para buscar uma educação crítica, a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas, tendo em vista superar as desigualdades sociais. Ao lado das denominadas teorias críticas, firma-se, no meio educacional, a “pedagogia libertadora”, cujo maior mentor é Paulo Freire, e a “pedagogia crítico-social dos conteúdos”, defendidas por educadores de orientação marxista (MEC, 1997).

Paulo Freire não foi o inventor da Pedagogia Libertadora, também denominada Pedagogia da Problematização, ou Educação Popular, por ter exercido uma influência expressiva nos movimentos populares e sindicatos, mas foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada por este movimento, de uma forma muito elaborada, elegante e amorosa, sendo considerado o principal inspirador e divulgador. Seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966, difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de pedagogia Freiriana (VASCONCELOS, 2007 *apud* BRASIL, 2007).

Dentro deste contexto, na década de 1980, com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de saúde (SUS), as experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde foram gradualmente perdendo sua importância. Os movimentos sociais

passaram a lutar por mudanças mais globais na política. Com o processo de democratização da sociedade brasileira, houve espaço para que a participação popular pudesse também ocorrer nas grandes instituições. Muitos técnicos, formados nos espaços informais dos movimentos sociais, passaram a ocupar cargos importantes nos órgãos implementadores das políticas de saúde, procurando aplicar, nesse novo espaço, a metodologia da Educação Popular (BRASIL, 2007).

O processo de reforma sanitária, durante toda a década de 1980, se consolidou por meio de várias lutas políticas e institucionais, contando com a participação destes profissionais que haviam desenvolvido experiências inovadoras na organização da atenção à saúde. Esse movimento também contou com a colaboração de algumas lideranças políticas e de organizações da sociedade civil (GOMES; MERHY, 2011).

Em 1991, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências que se baseavam nos princípios da educação popular se organizaram em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo. Em 1998, a Articulação muda de nome para Rede de Educação Popular e Saúde, a qual passa a representar um espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde (GOMES; MERHY, 2011).

No ano de 2003, com o auxílio do Ministério da Saúde no primeiro ano do governo Lula, realizou-se uma nova configuração entre os movimentos sociais que se articulavam em torno da luta pela saúde. Em uma parceria com a Rede de Educação Popular e Saúde, realizaram-se encontros estaduais que culminaram em um encontro nacional no qual se constituiu a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, que ficou conhecida por ANEPS (PEDROSA, 2007 *apud* BRASIL, 2007).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem apresentado setores específicos para construção de políticas e incentivo a atividades no campo da educação popular em saúde, e também foi criado um grupo de trabalho específico junto à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), órgão que congrega as entidades acadêmicas brasileiras que produzem no campo da saúde coletiva (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Portanto, mais do que sujeitos que produzem uma reflexão acadêmica, no campo da educação popular em saúde, nos deparamos com coletivos que vêm desenvolvendo intensa militância política e social. Para muito além disso, são coletivos que apresentam grande dinamicidade e que têm a capacidade de constituir redes de articulação poderosas em suas

capilaridades. Nesses movimentos foram sendo formuladas novas maneiras de se compreender e de realizar processos educativos no setor saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Neste sentido, a Educação Popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo para a superação do biologicismo, do autoritarismo de doutor, do desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares, e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas globais que os atuais serviços de saúde. Torna-se um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população (BRASIL, 2007).

A educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las (VASCONCELOS, 1997).

Os conteúdos de ensino, nesta metodologia de Educação, são denominados “temas geradores”, sendo extraídos da problematização da prática de vida dos educandos. Os conteúdos tradicionais são recusados porque cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais se parte. O importante não é a transmissão de conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma da relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados a partir de fora é considerada como “invasão cultural” ou “depósito de informação”, porque não emerge do saber popular (LUCKESI, 2011).

Assim, a Educação Popular na saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (BRASIL, 2007).

Educação Popular não é o mesmo que “educação informal”. Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. A Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa a participar do esforço que já fazem hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC Paulista - para a organização do trabalho político que, passo a

passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos (VASCONCELOS, 2004).

Neste entendimento, a educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas. Para alguns autores, ela representa um modo brasileiro de se fazer promoção da saúde (VASCONCELOS, 2004).

Dentro deste contexto, Paulo Freire sistematizou alguns princípios, que considera fundamentais aos educadores e às educadoras que se propõem a utilizar a metodologia da Educação Popular, são eles: Saber ouvir; Desmontar a visão mágica; Aprender/Estar com o outro; Assumir a ingenuidade dos educandos(as) e Viver pacientemente impacientes (BRASIL, 2007).

O primeiro princípio diz respeito à constatação de que ninguém está sozinho no mundo e que os seres humanos estão convivendo com outros seres. Estar “com” os outros significa respeitar nos outros o direito de “dizer a sua palavra”. O educador deve estar disposto a viver com o educando uma experiência na qual o educando diz a sua palavra ao educador e não apenas o escuta, dessa forma, o educando torna-se um criador da sua aprendizagem.

O pensar do educador somente ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados ambos pela realidade, portanto, na intercomunicação. Por isto o pensar daquele não pode ser um pensar para estes nem a estes imposto. Daí que não deva ser um pensar no isolamento, na torre de marfim, mas na e pela comunicação, em torno de uma realidade (FREIRE, 1987).

Dessa forma, segundo Paulo Freire, para um trabalho de alfabetização de adultos, de educação em saúde, de discussão do evangelho, de religiosidade popular ou outros, o trabalho dos educadores parte sempre das condições concretas em que o povo está, do nível e das maneiras como o outro entende a realidade e nunca da maneira como ele (educador) a entende (BRASIL, 2007).

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. Se a cultura é algo que se reproduz, sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão

relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país (ALVES; AERTS, 2011).

O segundo princípio é desmontar a visão mágica, ou seja, a compreensão mágica da realidade, que promove uma visão alienada do mundo. Trata-se de estimular a população a praticar suas ações através da dialética, que é o processo de conhecimento pelo qual se acerta o caminho certo por meio de um processo de reflexão em cima da realidade ou prática. Paulo Freire queria, com isto, contribuir para um novo despertar da consciência, tornando os indivíduos cada vez mais críticos. Sua proposta não era uma simples leitura do seu pensamento intelectual, mas sim uma apreensão da capacidade dos indivíduos de ler o mundo, e de operar, por meio do conhecimento, com práticas mais justas de vida e ação na sociedade.

Desta forma considera tão importantes para a formação dos grupos populares certos conteúdos que o educador lhes deve ensinar, quanto a análise que eles façam de sua realidade concreta. E, ao fazê-lo, devem ir, com a indispensável ajuda do educador, superando o seu saber anterior, de pura experiência, feito por um saber mais crítico, menos ingênuo (FREIRE, 2001a).

A Educação Popular pode ser socialmente percebida como facilitadora da compreensão científica que grupos e movimentos podem e devem ter acerca de suas experiências. Esta é uma das tarefas fundamentais da educação popular, a de inserir os grupos populares no movimento de superação do saber de senso comum pelo conhecimento mais crítico, mais além do “penso que é”, em torno do mundo e de si no mundo e com ele. Este movimento de superação do senso comum implica uma diferente compreensão da História. Implica entendê-la e vivê-la, sobretudo vivê-la, como tempo de possibilidade, o que significa a recusa a qualquer explicação determinista, fatalista da História. Nem o fatalismo que entende o futuro como a repetição quase inalterada do presente nem o fatalismo que percebe o futuro como algo pré-dado. Mas o tempo histórico sendo feito por nós e refazendo-nos enquanto fazedores dele. Daí que a educação popular, praticando-se num tempo e espaço de possibilidades, por sujeitos conscientes ou virando conscientes disto, não possa prescindir do sonho [...] por um mundo menos malvado, menos feio, menos autoritário, mais democrático, mais humano (FREIRE, 2001a).

O terceiro princípio é aprender/estar com o outro, dessa forma, considera-se que ninguém sabe tudo, nem ninguém ignora tudo, o que equivale a dizer que não há, em termos humanos, ignorância absoluta, nem sabedoria absoluta.

Segundo FREIRE (1987), não há diálogo se não há humildade. A pronúncia do mundo, com que os homens o recriam permanentemente, não pode ser um ato arrogante. Da

mesma forma, a auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. Esses saberes vão sendo construídos pelas pessoas à medida que elas vão seguindo seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. A educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história (FREIRE, 1996).

Em relação ao quarto princípio, refere-se a assumir a ingenuidade dos educandos, seja ele ou ela universitário ou popular. É necessário para isto que o educador haja com respeito e educação com os educandos, não menosprezando suas questões e dúvidas, e estimulando sempre seus questionamentos e reflexões.

Para que se tenha uma educação libertadora é fundamental que os educadores estejam sempre reaprendendo, esquecendo-se da falsa sabedoria e de tudo o que já lhe ensinaram sobre determinado assunto, para, juntamente com os grupos populares, comecem a reaprender e confrontarem os seus saberes (BRASIL, 2007).

O aprendizado do ensinante ao ensinar não se dá necessariamente através da retificação que o aprendiz lhe faça de erros cometidos. O aprendizado do ensinante ao ensinar se verifica na medida em que o ensinante, humilde, aberto, se ache permanentemente disponível a repensar o pensado, rever-se em suas posições; em que procura envolver-se com a curiosidade dos alunos e os diferentes caminhos e veredas que ela os faz percorrer. Alguns desses caminhos e algumas dessas veredas, que a curiosidade às vezes quase virgem dos alunos percorre, estão “grávidas” de sugestões, de perguntas, que não foram percebidas antes pelo ensinante. Mas agora, ao ensinar, não como um burocrata da mente, mas reconstruindo os caminhos de sua curiosidade – razão por que seu corpo consciente, sensível, emocionado, se abre às *adivinhações* dos alunos, à sua ingenuidade e à sua criticidade – o ensinante que assim atua tem, no seu ensinar, um momento rico de seu aprender. O ensinante aprende primeiro a ensinar, mas aprende também ao ensinar algo que é reaprendido por estar sendo ensinado (FREIRE, 1997).

Por último, o quinto princípio é viver pacientemente impacientes, considerando que a impaciência significa a ruptura com a paciência. Quando se rompe com um desses pólos, rompe-se em favor de um deles. Esse é o princípio para aprender a trabalhar “com” o povo e para construir “com” o povo o seu direito à liberdade e à afirmação da vida com dignidade.

Para Paulo Freire, viver a relação paciência e impaciência é não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e do outro, recriar, reaprender e, afinal, fazer. Assim é que se teria o poder de fazer com criticidade aquilo que se quer e que precisa ser feito (BRASIL, 2007).

O princípio antropológico, político, e do direito, tanto quanto pedagógico, de que os pacientes estejam, sempre, de fato, impacientes é para que o Sistema de Saúde ao qual têm acesso seja aquele que possa estar com eles em suas lutas pelo viver. Paulo Freire entendia que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários em suas ações e serviços na luta pelo direito à saúde (CECCIM, 2005 *apud* BRASIL, 2007).

BORDENAVE (1999) aponta as seguintes repercussões da Pedagogia da Problematização/Educação Popular: Em nível individual: (a) aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões; (b) aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço; (c) aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade; (d) desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação etc.; (e) intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo; (f) superação de conflitos como integrante natural da aprendizagem grupal; (g) status do professor não difere do status do aluno. Em nível social: (a) população conhecedora de sua própria realidade e reação à valorização excessiva do forâneo (externo); (b) métodos e instituições originais, adequados à própria realidade; redução da necessidade de um líder, pois líderes são emergenciais; (c) elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças à maior estimulação e desafio; (d) criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível; (e) resistência à dominação por classes e países.

A Educação Popular possibilita aos usuários dos serviços de saúde uma participação ativa nas ações, assim como o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas nos trabalhadores de saúde, fazendo com que estes exerçam um trabalho criativo. Estas características e conseqüências convergem para uma sociedade mais democrática em

prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade, estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde (PEREIRA, 2003).

Porém, GOMES E MERHY (2011) consideram que, atualmente, muitas vezes, as experiências de educação popular em saúde são desenvolvidas apenas por iniciativa dos profissionais, sem que houvesse uma política específica de indução por parte dos gestores municipais, chegando mesmo a ocorrer resistências por parte destes. Diante dessas situações, seria importante construir estratégias de disputa dos distintos projetos políticos junto à sociedade. Tal caminho se tornaria mais difícil, entretanto, quando encontramos os trabalhadores com vínculos empregatícios precários, situação ainda extremamente comum em diversas localidades, por fragilizar estes atores diante dos que ocupam posição de governo.

Por fim, os autores enfatizam que a tentativa de incorporar a educação popular à atenção à saúde nos grandes centros urbanos tem enfrentado tanto o poder político como o econômico dominante, hegemônicos na lógica de funcionamento dos serviços de saúde, como a injusta distribuição de recursos por parte do Estado, que na maioria das vezes não privilegia os setores sociais. A expansão da educação popular em saúde exigiria que, aos movimentos desencadeados pelos trabalhadores nos serviços de saúde, se somassem iniciativas de gestores nas três esferas de governo.

4 METODOLOGIA

4.1 Características da Pesquisa

Com base em seus objetivos, esta pesquisa classificou-se como exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.

Segundo GIL (2002), uma pesquisa assume o caráter de exploratória quando tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, buscando um aprimoramento de ideias sobre o tema. BASTOS (2004) enfatiza ainda que estudos exploratórios são recomendados quando na literatura há poucos conhecimentos sobre o objeto a ser estudado, e, devido ao seu caráter de sondagem poderá ser útil na geração de informações sobre as possibilidades práticas da condução de pesquisas mais específicas.

Este estudo teve características de exploratório na medida em que a literatura mostrou que existiam poucos estudos sobre as ações de promoção e proteção de saúde relacionadas à odontologia e, a educação em saúde bucal vinha sendo pouco descrita nos estudos de forma isolada (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Estudos descritivos descrevem fenômenos, buscam descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características e relações com outros fatos. Neste tipo de estudo não há interferência do pesquisador, cabendo-lhe somente descrever o objeto da pesquisa (BASTOS, 2004).

Este trabalho identificou-se como descritivo, pois procurou descrever de que modo as atividades de educação em saúde estavam sendo realizadas pelas equipes de saúde bucal no município de Sobral/CE.

Há, porém, de acordo com GIL (2002), pesquisas que, embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Baseando-se nos procedimentos técnicos utilizados, esta pesquisa classificou-se como estudo de campo, visto que teve como sujeitos as equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral/Ceará.

No estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido uma experiência direta

com a situação de estudo. Também se exige do pesquisador que permaneça o maior tempo possível na comunidade, pois somente com essa imersão na realidade é que se podem entender as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo estudado (GIL, 2002).

Esta pesquisa, segundo sua abordagem, definiu-se como qualitativa. Segundo MINAYO (2010), método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, o qual integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará, com capacidade instalada para realização de serviços em seus diferentes níveis de complexidade, que o faz ser município Sede para a Microrregional de Sobral e Pólo da Macrorregião Norte do Ceará.

A posição de Sobral como um município Sede para a Microrregional de Sobral e Pólo da Macrorregião Norte do Ceará atende aos princípios da regionalização da Saúde no Ceará. Esta é uma diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006c).

A rede de estabelecimentos de saúde é composta por 141 unidades. Do total de estabelecimentos, 70 são credenciados ao SUS, sendo 52 ambulatorios, 9 laboratórios, 5 hospitais, 3 policlínicas e 1 Unidade Mista de Saúde. Do total de unidades que operam no SUS, 41 são públicas e 29 privadas contratadas. Das unidades públicas, 35 são municipais e 6 estaduais. É a partir dessa rede física que a Secretaria da Saúde e Ação Social estrutura os serviços de atenção primária, secundária e terciária para o SUS.

A base para a organização do Sistema de Saúde de Sobral norteia-se nos princípios e nas diretrizes do SUS, tendo como referência a concepção abrangente da saúde, entendida como resultante da qualidade de vida da população. Esse modelo tem como um dos seus pilares a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em Sobral, a ESF foi implantada em 1997. Atualmente existem 57 equipes da ESF, sendo 42 na sede e 15 nos Distritos. Estas

equipes atuam em 28 Centros de Saúde da Família (16 na sede e 12 nos distritos) distribuídos em áreas compreendidas como territórios, onde, dependendo de sua localização, e perfil social e epidemiológico da população, acompanham 600 a 1.200 famílias.

Em relação à odontologia, atualmente existem 39 equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por 39 cirurgiões-dentistas (CDs) e 39 auxiliares de saúde bucal (ASBs) cadastradas nas equipes, de acordo com a modalidade I, que compreende 1 odontólogo e 1 auxiliar de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. A inclusão das ações de saúde bucal nas equipes de saúde da família se dá por meio de duas modalidades: modalidade I - compreende um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB); modalidade II - compreende um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB).

O Ministério da Saúde considera, por determinação da Portaria GM nº 673/2003, que uma Equipe de Saúde Bucal deve ser implantada para cada Equipe de Saúde da Família existente no município, em uma proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para cada 3.450 pessoas (BRASIL, 2003).

O local do estudo foi nas Unidades Básicas de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal cadastradas, e nos demais locais onde ocorreram atividades de Educação em Saúde Bucal, onde foram realizadas as observações simples.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as equipes de saúde da família no município de Sobral, visto que as equipes de saúde bucal eram formadas apenas por estes dois profissionais, não havendo TSBs cadastrados. Os critérios de inclusão dos cirurgiões-dentistas para participação na pesquisa foram: aqueles que estavam há mais de um ano na Estratégia Saúde da Família no município; que aceitaram participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); um representante de cada UBS; que atuavam na sede do município e em três distritos que se localizassem mais próximos geograficamente da sede e com maior número de habitantes. Os critérios de inclusão para os auxiliares de saúde bucal foram: os que aceitaram participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); que estavam há mais de um ano na Estratégia de Saúde da Família no município; que atuavam na sede e em três distritos que se localizassem mais próximos da sede e com maior número de habitantes.; um representante de cada UBS; terem

concluído ou estarem cursando no mínimo um curso de ASB; estarem trabalhando com o cirurgião dentista que tivesse participado desta pesquisa.

Resolveu-se abordar os profissionais que atuavam na sede do município e em três distritos mais próximos geograficamente da sede, que contivessem um número elevado de habitantes, fornecendo, dessa forma, uma boa representatividade. Adotou-se essa metodologia devido ao fato de serem necessárias algumas observações simples durante a pesquisa e seria difícil o deslocamento da pesquisadora inúmeras vezes aos distritos mais distantes do município. Dessa forma, os distritos inseridos foram: Aprazível, com uma população de 2996 habitantes e distância da sede de 25 km; Jaibaras, que é o distrito mais populoso, com 6258 habitantes, distante 20 km da sede; e Patriarca, com 2111 habitantes, a 25 km da sede. Sobre as ASB, foram incluídas somente aquelas que já concluíram ou estivessem cursando, pelo menos, um curso de ASB. De fato, isto porque a formação para exercer a função é muito importante no trabalho como auxiliares na ESF, na medida em que fornece subsídios para a compreensão do processo de trabalho da ESB e, mais especificamente, sobre ações de promoção e proteção da saúde na ESF. Foram incluídas também aquelas que estivessem trabalhando juntamente com o cirurgião-dentista que estava participando da pesquisa, por questões de agilidade e comodidade, já que a coleta de dados foi realizada em poucos meses.

De acordo com os critérios de inclusão, teriam que participar da pesquisa 09 cirurgiões-dentistas e 09 auxiliares de saúde bucal, mas, como 01 auxiliar de saúde bucal estava de férias durante o período da coleta de dados, foram abordados 09 cirurgiões-dentistas e 08 auxiliares de saúde bucal, totalizando 17 sujeitos da pesquisa.

4.4 Processo de Coleta de Dados e Técnica de Análise

As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) e a observação simples. De acordo com MINAYO (2004), a entrevista se insere como meio de coleta de dados relatados pelo atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Na definição de VERGARA (2009), entrevista é uma situação social complexa, porque representa uma teia de elementos de toda ordem, que dizem respeito à objetividade e à subjetividade do entrevistador e do entrevistado, bem como das realidades nas quais estão inseridos.

A entrevista semiestruturada permite inclusões, exclusões, mudanças em geral nas perguntas, explicações ao entrevistado quanto a alguma pergunta ou alguma palavra, o que lhe

dá um caráter de abertura. O entrevistador tanto pode estimular o entrevistado a falar sobre situações nas quais teve experiência com alguma coisa, como também pode formular-lhe perguntas sobre o assunto (VERGARA, 2009).

Entrevistas são úteis quando o método escolhido pelo pesquisador é a análise de conteúdo, de discurso, da realidade experimentada pelo entrevistado, conforme os objetivos deste trabalho, que foi analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal do município de Sobral/CE.

Segundo GIL (2008), por observação simples entende-se aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que ali ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. Daí por que pode ser chamado de observação-reportagem, já que apresenta certa similaridade com as técnicas empregadas pelos jornalistas. A coleta de dados por observação é seguida de um processo de análise e interpretação, o que lhe confere a sistematização e o controle requeridos dos procedimentos científicos. O instrumento utilizado nesta técnica foi um diário de campo e um *check-list* (APÊNDICE C), que auxiliaram na produção de um relatório minucioso das observações.

Neste *check-list* foi observado se os profissionais possuíam uma metodologia dialógica e participativa, buscavam estimular uma reflexão crítica na comunidade, e a construção compartilhada do conhecimento, possibilitando o encontro entre a cultura popular e a científica, conforme os pressupostos da Educação Popular de Paulo Freire (BRASIL, 2007).

Estas observações simples ocorreram no período da coleta de dados, durante os meses de novembro do ano de 2013 a janeiro de 2014, tendo sido realizadas 05 observações de atividades educativas desenvolvidas em diversos espaços, como escolas municipais, Centro de Saúde da Família (CSF), e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), as quais tiveram como público-alvo: idosos, escolares na faixa etária de 04 a 07 anos, adolescentes e pré-adolescentes de 08 a 12 anos, gestantes e adultos.

A fase de observações ocorreu concomitantemente à realização das entrevistas com os profissionais de saúde bucal, sendo as mesmas gravadas e, posteriormente, transcritas. Os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos por meio de letras iniciais de sua profissão e por números (CD1, CD2, ASB1, ASB2), como forma de garantir o seu anonimato.

As observações estão contempladas no capítulo de resultados e discussão, e foram analisadas ao longo das categorias abstraídas.

A organização dos dados deu-se através do processo de categorização, que pode ser definido como: “Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero” (BARDIN, 1977 *apud* CAMPOS, 2004, p. 613).

Desta forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam, através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

Na análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Discurso, que trata-se de um conceito relativamente jovem no campo de interseção entre as Ciências Sociais e a Linguística. Seu criador é o filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 60, a “Escola Francesa de Análise de Discurso”, com a proposta de substituir a Análise de Conteúdo tradicional (MINAYO, 1999).

O objetivo básico da Análise de Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (MINAYO, 1999).

Os pressupostos básicos da teoria de análise de discurso podem resumir-se em dois princípios, segundo Pêcheux: (1) o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo. Ao contrário, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as formas de relação são produzidas; (2) toda formação discursiva dissimula, pela pretensão de transparência, sua dependência das formações ideológicas (MINAYO, 2010).

A Análise de Discurso utilizada neste trabalho foi aquela referenciada pela autora Orlandi, discípula de Pêcheux, que trouxe para o Brasil a contribuição deste filósofo. Segundo a autora, Análise de Discurso é uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Ela procura problematizar as evidências e explicitar o caráter ideológico da fala, revelando que não há discurso sem sujeito, e nem sujeito sem ideologia; ressalta o encobrimento das formas de dominação política que se manifestam na razão disciplinar, instrumental e reducionista (MINAYO, 2010).

Orlandi apresenta uma proposta técnica mais flexível para a operacionalização da Análise de Discurso. Ela trabalha utilizando os seguintes procedimentos: (1) em primeiro

lugar procede ao estudo das palavras do texto (faz a separação dos termos constituintes, análise dos adjetivos, dos substantivos, dos verbos e advérbios); (2) em segundo lugar, realiza a análise da construção das frases; (3) em terceiro lugar, constrói uma rede semântica que evidencia uma dinâmica intermediária entre o social e a gramática; (4) por fim, elabora a análise, considerando a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido (MINAYO, 2010).

4.5 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução n° 196/96, versão 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando seus aspectos éticos descritos no capítulo III, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local, com o número do CAAE: 22237213.4.0000.5053. A pesquisa se processou após a assinatura do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, que manifestaram sua anuência à participação na pesquisa.

Foi solicitada anuência da Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e obtida autorização para realização da pesquisa. A participação dos sujeitos do estudo foi documentada através de suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias (uma sendo entregue aos participantes do estudo e a outra permanecendo com a pesquisadora). Nestes termos foram expostos os objetivos do estudo, bem como informações aos participantes sobre o direito de anonimato, de sigilo de informações pertinentes à privacidade e da desistência da participação do estudo em qualquer momento e conforme suas vontades, sem que isso lhes pudesse trazer qualquer prejuízo.

Foram respeitados os referenciais básicos da bioética, que inclui a beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade (BRASIL, 2012a).

A eticidade da pesquisa implica em:

a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa;

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

O princípio da *não-maleficência* foi seguido, ao assumirmos o compromisso de que não foi trazido nenhum constrangimento aos sujeitos da pesquisa. A fim de termos atendido a este princípio, nenhuma informação relativa aos sujeitos foi personalizada e os dados foram analisados de forma coletiva.

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação socio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012a).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, estão retratadas as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará. A análise dos resultados apoiada no referencial metodológico utilizado na pesquisa fez emergir as seguintes categorias de análise: 1) Referencial teórico de Educação em Saúde presente na percepção dos profissionais de Saúde Bucal; 2) Educação em Saúde: em foco as atividades da Equipe de Saúde Bucal; 3) Temáticas em Saúde Bucal trabalhadas no cotidiano da Equipe; 4) Mudanças comportamentais em relação à Saúde Bucal; e 5) Desafios na realização das atividades de Educação em Saúde.

A primeira categoria foi analisada com base em duas dimensões: 1.1) Modelo tradicional de Educação em Saúde e 1.2) Práticas educativas que aproximam-se da Educação popular. A segunda categoria teve como referência duas dimensões: 2.1) Atividades realizadas para escolares; e 2.2) Atividades realizadas para grupos no Centro de Saúde da Família (CSF) e em outros espaços sociais. Para a terceira categoria, as dimensões consideradas foram: 3.1) Temáticas abordadas; 3.2) Estratégias adotadas; e 3.3) Participação da comunidade em relação às temáticas trabalhadas. A quarta e a quinta categoria não possuíram subcategorias.

Estas dimensões serviram para orientar a análise em cada um dos temas e foram definidas após a leitura flutuante das entrevistas, seguindo as orientações da autora de referência da análise de discurso, apresentadas neste estudo.

5.1 Referencial Teórico de Educação em Saúde Presente na Percepção dos Profissionais de Saúde Bucal

Esta categoria foi analisada com base em dois aspectos: **Modelo tradicional de Educação em Saúde** e **Práticas educativas que aproximam-se da Educação Popular**. Por intermédio dos relatos dos profissionais, foi possível perceber que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos, ou seja, em 88%, refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária, onde o profissional transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida, o usuário/paciente recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se depósito de informações fornecidas pelo profissional, inúmeras recomendações e informações sobre comportamentos “certos” ou

“errados” e instruções de higiene oral são repassados, como se pode notar através das falas a seguir:

Educação em Saúde pra mim é tentar passar um pouco sobre, um pouco né, para as pessoas sobre como ela pode se prevenir, em relação à saúde, passar um pouco do básico, de como ela, no caso da odontologia né, passar um pouco do que eu sei pra aquelas pessoas pra que ela possa se prevenir [...] (CD 4).

Para mim Educação é tentar conscientizar a pessoa, se a pessoa está consciente é bem mais fácil o tratamento [...] por mim eu escovava os dentes de todo mundo, tipo, conscientizava e abria a cabecinha de todo mundo e colocava [...] (CD 5).

Eu penso é, em orientações né, e medidas que ensinem e eduquem né, as pessoas a cuidar melhor da sua saúde né, desde ter uma melhor alimentação, melhorar a higiene, enfim [...] (CD 8).

É passar um pouco o que a gente sabe pra alguém que não conhece [...] então eu tô promovendo saúde né, acho assim que é uma maneira de educar o paciente pra sua saúde bucal [...] (ASB 4).

Durante as observações simples, pode-se registrar que o tema principal de todas as atividades foi a instrução de higiene oral, partindo-se do pressuposto que os usuários, tanto crianças quanto adultos, precisam ser ensinados, que não têm conhecimento ou que este é errado, como se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) fosse conhecedora de todo o conhecimento, que precisa ser repassado para a comunidade. Mesmo que, em algumas vezes, tenham lhes perguntado anteriormente se eles sabiam a maneira correta de escovar os dentes, depois lhes é ensinado o “correto”, que a maneira como fazem não é o certo, sendo, sempre, da maneira que a ESB ensina. Portanto, não há um estímulo para a construção da autonomia dos sujeitos, tanto em relação às crianças quanto em relação aos adultos. Os métodos e instruções ensinados não são adequados à realidade de cada grupo, precisando-se sempre da figura de uma pessoa de fora, no caso, o cirurgião-dentista ou a auxiliar de saúde bucal, para que eles façam da maneira correta, visando sempre o repasse de informações.

Este “repasso de informações” enfatiza que os profissionais de saúde bucal, como educadores, têm colaborado mais no fortalecimento da educação bancária que da educação transformadora. Segundo BACKES e cols. (2008), esta visão também é observada na prática de outros profissionais da saúde, nas relações que estabelecem com os usuários e familiares, desconsiderando a multidimensionalidade deste processo.

Em um estudo de MIALHE e cols. (2011), no município de Piracicaba/SP, verificou-se que as atividades educativas em saúde bucal desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram realizadas de forma esporádica e voltadas prioritariamente às gestantes, mães e crianças, em um modelo vertical de transmissão de informações, visando mudanças de comportamentos individuais e incorporação de hábitos

saudáveis. PEREIRA e SERVO (2006), ao analisarem as práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiras, concluíram que a concepção delas sobre este tema fundamenta-se nos conceitos tradicionais de educação e saúde, seus discursos estavam permeados pelas formas de controle, condicionamento e poder, e as suas práticas sedimentadas na superposição de saberes e no poder técnico.

No estudo de SANTOS (2005), com cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica nos centros de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro, o autor observou que o modelo de educação conservadora, ou seja, da transmissão ou bancária, caracterizava a pedagogia utilizada nas ações de educação em saúde no atendimento ambulatorial odontológico.

Portanto, percebe-se a concepção de uma educação doutrinadora, realizada por meio de transmissão de informações, objetivando que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado, ainda está bastante presente na mentalidade dos profissionais da saúde.

BACKES e cols. (2008) consideraram que talvez esta percepção dos profissionais sobre educação em saúde ocorra devido ao modelo tradicional dos cursos de graduação, cuja transferência do conhecimento se faz de modo fragmentado, com ênfase no racionalismo técnico, centrada no professor, com modelos de ensino/avaliação que privilegiam a memorização e reprodução de conhecimento e alunos tendendo a uma atitude passiva de absorção, portanto, acríticos.

De fato, em um estudo realizado por MIALHE e SILVA (2011), em um curso de odontologia localizado no interior do estado de São Paulo, cujo objetivo era avaliar as representações em educação em saúde de graduandos, observou-se que o conceito de educação em saúde dos acadêmicos estava fortemente ligado ao conceito positivista de ensinamento, instrução e prevenção de doenças, pautado em orientações e informações transmitidas à comunidade pelos profissionais. As práticas educativas em saúde foram identificadas como um instrumento de mudança de comportamento, ou seja, uma prática que leva a população, através de instruções baseadas no conhecimento técnico-científico, a adquirir hábitos de vida considerados saudáveis para a prevenção das doenças bucais.

MORETTI-PIRES e cols. (2011), em um estudo sobre a percepção do estudante de odontologia sobre o trabalho dos ACS, apontaram que os acadêmicos possuíam falta de conhecimento apropriado sobre os princípios e processo de trabalho na ESF, em termos específicos da Odontologia, e sobre os saberes e práticas a compartilhar com os demais profissionais, entre eles o ACS. Tal situação poderia ser associada à grande carga de conhecimentos técnicos específicos da formação profissional, altamente biologicista. Ao

debater o tema ‘saúde’, os futuros odontólogos apresentaram dificuldades em analisar as outras categorias profissionais em paralelo às suas funções, o que denunciou, no mínimo, falta de informação e vivência multiprofissional junto ao processo de trabalho em Saúde da Família. Houve total desconsideração sobre a possibilidade de trabalho conjunto, ou que extrapolasse o limite de protocolos, ou, mesmo, da Educação para a Saúde como ações de cunho diferente de palestras. O ACS não foi percebido como um profissional a serviço do empoderamento, sendo aludido como um recurso humano a serviço da vigilância em saúde, mas não da promoção em saúde.

Neste contexto, a visão bancária de ensino dificulta, segundo FREIRE (1987), um “pensar autêntico”. Indica que educar não significa adestrar, mas desenvolver capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação desta realidade. A práxis, que implica a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo, é necessário, que, para a ação, não se usem as mesmas armas da dominação adotadas pela concepção “bancária”, mas que se tenha consciência de que o educando não é um ser “vazio”, pois traz consigo vivências que devem ser respeitadas.

Educar não significa simplesmente transferir conhecimentos, mas consiste no processo educativo que considera as representações da sociedade e do homem que quer se formar. Por meio da educação, as novas gerações adquirem outros valores culturais. A educação baseada na reflexão, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de processo emancipatório (VILA; VILA, 2007).

Contudo, embora a grande maioria dos profissionais entrevistados tenham demonstrado esta concepção de saúde baseada no modelo tradicional de educação, alguns poucos sujeitos, cerca de 12%, manifestaram um entendimento de educação em saúde de uma forma mais ampliada, com uma certa aproximação com o modelo dialógico, da educação popular, como pode-se perceber nos seguintes depoimentos:

A minha percepção sobre educação em saúde não é apenas assim fazer esse repasse de informação, e sim ter o cuidado de trocar ideias, trocar informações entre nós e a comunidade (CD1).

Eu acho que é o momento de você tá dividindo alguma coisa com alguém, que no nosso trabalho seria com a nossa comunidade, seria com os nossos escolares, seria com os nossos grupos, então, assim, você tá compartilhando o que você tem com outras pessoas, e também, não serve só pra você tá passando para a pessoa, porque a partir daquele momento é que você também ganha conhecimento [...] (CD 7).

Durante as atividades de Educação em Saúde realizadas por estes sujeitos notou-se que havia uma mistura dos dois modelos educativos: Tradicional e baseado na Educação Popular, na tentativa de superação do primeiro, já que este ainda apresentava-se fortemente inserido nas suas práticas profissionais.

Um estudo desenvolvido no município de Sobral mostrou que práticas educativas na perspectiva dialógica podiam ser observadas entre enfermeiros, ainda que não fossem tão expressivas. Ainda, destacou o fato de que alguns profissionais, ao prescreverem medicamentos e realizarem orientações, partiam das necessidades e da realidade dos usuários, evitando a prescrição absolutamente vertical de condutas, regras e tratamentos (SILVA e cols., 2009).

No modelo dialógico de educação, a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores. A aprendizagem deve ser idealizada como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema. O educador já não é mais o que apenas educa e repassa instruções, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem.

O modelo dialógico de Educação em Saúde tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, já que é responsável pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (FIGUEIREDO e cols., 2010).

O educando deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, sendo capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento e luta (TOLEDO e cols., 2007).

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde ou Educação Popular apresenta como vantagens a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. Apresenta como desvantagem a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde (FIGUEIREDO e cols., 2010).

Percebeu-se nos discursos dos sujeitos desta pesquisa que a realização das atividades de Educação em Saúde é uma tarefa desafiante no processo de trabalho das equipes, como se pode verificar através da fala:

Eu sou altamente a favor da educação em saúde, eu gosto do que eu faço, eu tô desestimulada, eu assumo, mas eu amo o que, eu amo a minha profissão e amo também saúde pública, embora seja um ramo muito difícil, que você tem que amar cinco vezes mais pra conseguir trabalhar (CD 5).

Muitos profissionais sentem dificuldade em realizar atividades de educação em saúde por não se identificarem com a proposta da Estratégia Saúde da Família, de trabalhos com grupos e fora do ambiente do consultório odontológico. A formação universitária voltada aos modelos biologicista e tecnicista é ainda superior para eles, o que exige um esforço extra para a manutenção das mudanças requeridas na prática profissional no setor público, que tenham como objetivo a promoção da saúde, para sua maior efetividade.

Assim, no estudo realizado por ARAÚJO e DIMENSTEIN (2006) com cirurgiões-dentistas que trabalhavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em municípios do Rio Grande do Norte, os autores verificaram que boa parte dos cirurgiões-dentistas entrevistados atestou não realizar atividades de educação em saúde pelo simples fato de não saberem como realizá-las. Ou seja, devido ao fato de sua formação acadêmica ter sido majoritariamente voltada à clínica, faltava-lhes preparo e confiança para desenvolverem aquelas atividades na atenção básica.

A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde, nas práticas educativas na ESF, pode constituir um grande desafio, já que muitos profissionais de saúde podem não ter conhecimento sobre esse modelo, e outros podem não terem sido capacitados para aplicá-los a sua prática.

Dentro desta perspectiva de superação da formação acadêmica descontextualizada com os princípios e diretrizes do SUS, para o trabalho na ESF, GARBIN e cols. (2006), consideraram que o real papel da Universidade seria o de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e sugerir como poderia resolvê-los, devendo o ensino e a pesquisa serem direcionados para ações de impacto social que possibilitassem melhores condições de vida para a população. Assim, para os autores, os egressos estariam preparados para o mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, cientes do seu compromisso de devolver à sociedade tudo o que lhes foi ensinado.

MIALHE e SILVA (2011) apontaram também que a incorporação de novas estratégias pedagógicas baseadas na transdisciplinaridade e em espaços multiprofissionais de atuação, viabilizando a produção de novos conhecimentos, sem perder a determinação social do complexo promoção-saúde-doença-cuidado, seria também uma das formas de se superar a descontextualização das práticas pedagógicas baseadas na mera transmissão de informações. Só assim é que os acadêmicos teriam oportunidades concretas de aprenderem uma educação

em saúde de forma dialógica e crítica, dentro do perfil profissional necessário para reconfigurar as práticas assistenciais vigentes até então na ESF.

Neste sentido, torna-se importante enfatizar que essas reflexões não devem ficar restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais de saúde devem ser continuamente preparados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento e atualização técnicos, a partir da educação permanente.

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, e colocando os usuários como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores (BRASIL, 2009).

5.2 Educação em Saúde: Em Foco as Atividades da Equipe de Saúde Bucal

Esta categoria teve como referência duas dimensões: **Atividades realizadas para escolares** e **Atividades realizadas para grupos no Centro de Saúde da Família (CSF)** e em outros espaços sociais.

Quando questionados sobre o planejamento das atividades de educação em saúde, em relação às atividades desenvolvidas para escolares, geralmente o planejamento ocorre semestralmente, sendo realizados ajustes necessários mensalmente, relativos à operacionalização destas atividades, tendo início juntamente com as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, que vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação (BRASIL, 2011). Através das seguintes falas pode-se observar como se dá este planejamento:

Os escolares a gente planeja sempre no início do semestre, pra fazer as orientações, entrega de escovas e pastas e depois de acordo com os programas, por exemplo, o PSE [...] a gente planeja de acordo com isso, aí[...] a gente vai pelo menos no início de cada semestre pra fazer essas orientações. É semestral, e depois de acordo com o PSE [...] (CD 1).

O planejamento das escolas geralmente é mensal, quando começa o ano a gente faz um planejamento assim, vamos fechar de tá fazendo os procedimentos na escola tal época, aí quando chega o início do mês que a gente fez aquele planejamento, a gente fecha os dias [...], então a gente deixou pra fechar mais por mês, porque se tiver alguma coisa pra modificar fica mais difícil da gente ter que tá remarcando (CD 7).

No que se refere à frequência destas atividades, que têm como público-alvo os escolares, os entrevistados relataram uma grande variabilidade de frequências, desde atividades realizadas com frequência semanal, mensal, trimestral, quinzenal, até três vezes na semana, objetivando, principalmente, atingir a meta do PSE, pois, de acordo com esta meta, devem ser feitos um número determinado de exames bucais e atividades educativas em cada escola:

É de mês em mês, a gente vai nas escolas fazer o PSE e através do PSE a gente faz uma palestra em cada sala, ensinando a escovar, a importância do flúor e da escovação, junto com a dentista (ASB 5).

Nas escolas teve época que a gente foi até de três vezes na semana que era pra terminar o PSE, mas depois que encerrou aí pronto, é uma vez no mês, começou no mês de agosto e foi até outubro, agora em novembro a gente não fez (ASB 7).

Varia muito, porque, por exemplo, os escolares estava acabando sendo uma vez na semana por causa do PSE (CD 1).

O PSE, a gente tirou um período de três meses né, pra fazer, a gente ficou indo toda semana (CD 8).

Através destes relatos, nota-se que as atividades são executadas de acordo com o planejamento de cada equipe, não existindo uma sistematização para todo o município, de modo que cada equipe realiza da maneira que considera mais adequada, estando condicionadas às metas do PSE, ocorrendo com maior intensidade durante os meses de realização deste programa. Portanto, estes dados indicam que as ações educativas, que têm como público-alvo os escolares, são fortemente orientadas por um programa do Ministério da Saúde/Educação predefinido.

Nesta concepção, FIGUEIRA e cols. (2012) relataram que cotidianamente na ESF são realizadas campanhas educativas, seguindo a programação do Ministério da Saúde. Como exemplo, podemos citar a campanha para detectar casos de tuberculose, de hanseníase, a programação do aleitamento materno, as campanhas de coleta do exame preventivo do câncer, as campanhas de combate à dengue, enfim, práticas executadas pelos trabalhadores, de acordo com a determinação da Secretaria de Saúde, em que o profissional altera seu processo de trabalho habitual para cumprir as exigências.

Desta forma, as atividades de educação em saúde são realizadas basicamente no cumprimento de protocolos e metas do Ministério da Saúde, e não como práticas rotineiras, que deveriam estar inseridas no processo de trabalho das ESB cotidianamente.

Segundo CERVERA e cols. (2011) são grandes as dificuldades da equipe de saúde da família para efetuarem práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas; assim, são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, hipertensos

ou diabéticos, as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa ou a epidemia do momento.

ALVES (2005) compreendeu a orientação da atenção básica por programas como uma abordagem caracterizada pela definição apriorística dos problemas de saúde da comunidade. Dessa forma, não necessariamente os temas predefinidos pelos programas ministeriais são aplicáveis ao contexto da comunidade com a qual se trabalha. A ideia de descentralização do sistema de saúde abriu a possibilidade de que os sistemas locais pudessem ser dotados de autonomia para decidirem sobre a melhor forma de lidar com os problemas da comunidade. Para isso, no entanto, é fundamental que os profissionais conheçam as características e peculiaridades da população adscrita à área de cobertura do centro de saúde, a fim de que possam propor intervenções adequadas com relação aos seus problemas específicos.

Em relação à participação da Equipe de Saúde da Família no planejamento destas atividades para escolares, na maioria dos discursos observou-se que este planejamento é feito somente entre a Equipe de Saúde Bucal, embora, em alguns discursos, tenha-se percebido que, com a implementação do PSE, o planejamento algumas vezes se dá em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, mesmo que no momento da realização das atividades não se consiga trabalhar de maneira articulada:

Com o programa novo, saúde no PSE, a gente fez planejamento com toda a equipe e foi com toda a equipe, mas não aconteceu o momento da forma que acontece quando a gente vai só, porque como eles têm as atividades deles pra estarem acontecendo, os exames e tudo, acabava que os nossos exames ficavam prejudicados, então, assim, a parte de orientação até acontecia, mas algumas coisas ficavam prejudicadas, assim, da gente precisar ir mais vezes para a escola, então, assim, por conta também da demanda a gente acabou dizendo que a nossa parte ia ficar separada mesmo, que a gente conseguia fazer o nosso momento acontecer de uma forma melhor, mas o planejamento foi em conjunto (CD 7).

Ano passado nós fizemos o planejamento do PSE junto né, as atividades na escola do PSE foi tudo feito junto né, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, sendo que nós achamos complicado, porque, é complicado conciliar o meu horário com o horário das enfermeiras em tempo livre [...], e assim, a minha atividade individualmente, eu fazendo só eu também conseguia fazer mais rápido, porque fazendo com eles eu tinha que aguardar [...], e a criança já vinha, principalmente as pequenas, já nervosa, com medo e cansadas, principalmente depois de fazer o examezinho do dedo da glicemia, aí fazer a escovação não queria mais né, já estavam cansadas daquele processo todo [...], e aí esse ano, a gente fez separado (CD 8).

As atividades para os escolares não, é só com a gente (o planejamento), a gente entra em contato com a gerência só pra dizer os dias que a gente vai pra as escolas [...] (CD 4).

Percebe-se que existe uma dificuldade das Equipes de Saúde Bucal no desenvolvimento de ações integradas com as Equipes de Saúde da Família, numa perspectiva

de atuação interdisciplinar, muitas vezes devido a problemas de incompatibilidade de agendas ou falta de experiência da ESB em lidar com a forma de atuação na Estratégia de Saúde da Família, ou, até mesmo, por motivos de falta de entrosamento entre ambas, como enfatizado no seguinte depoimento:

A maior dificuldade pra fazer estas atividades de educação é a falta de apoio da Equipe (Saúde da Família). Aqui é “cada um no seu quadrado”, ninguém ajuda na unidade [...]. Tenho vontade de fazer mais atividades, planejar junto, mas não temos apoio, somos sempre deixados de lado (ASB 2).

PIMENTEL e cols. (2010), em um estudo sobre a análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, em Recife (PE), quando questionou aos profissionais se as atividades da Unidade de Saúde da Família eram programadas de maneira conjunta entre a ESB e a Equipe de Saúde da Família, obteve como resposta que as atividades eram totalmente desvinculadas.

CHAVES e MIRANDA (2008), em um trabalho cujo objetivo era analisar as percepções dos cirurgiões-dentistas sobre a própria inserção e atuação profissional em serviços do Programa de Saúde da Família, verificou que um dos temas recorrentes era a dificuldade de integração no trabalho em equipes na ESF. Uma das diretrizes normativas típicas da ESF é aquela que estabelece o processo de trabalho integrado, interdisciplinar, entre equipes multiprofissionais. Nesse aspecto, todos os entrevistados referiram que tal processo de trabalho era pouco integrado, restringindo-se, na maior parte das vezes, ao encaminhamento de casos clínicos entre os membros da equipe. Alguns reiteraram que tal dificuldade de integração deveu-se a uma “tradição” de insulamento profissional dos cirurgiões-dentistas e de suas práticas de trabalho em consultório.

SOUZA e RONCALLI (2007) enfatizaram que a integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal na ESF.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a atuação da ESB 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 como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido (BRASIL, 2004).

Entretanto, há o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de que não é uma tarefa fácil conciliar/integrar as ações dos diferentes profissionais das unidades de saúde da

família, pois esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada (BRASIL, 2004).

MACHADO e cols. (2007) consideraram que, para que fosse possível a realização de uma prática que atendesse à integralidade, precisava-se exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

Dessa maneira, o planejamento e a execução das atividades educativas em equipe, para a ESB, representa uma maneira de romper com o modelo hegemônico, caracterizado pela intervenção individual e meramente clínica, e a conseqüente incorporação do conceito ampliado de saúde, partilhando, com outros profissionais, o cuidado com a saúde da sua população através dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família.

Sobre as atividades realizadas para grupos no CSF e em outros espaços sociais, o público-alvo constitui-se de: grupos de adolescentes; grupos de idosos; grupo de gestantes; comunidade em geral; grupo de puérperas; grupo de Hipertensão (diabéticos e hipertensos).

Através dos depoimentos dos sujeitos, observou-se que o planejamento destas atividades ocorre de maneira variada entre as equipes, não havendo, também, uma sistematização desse planejamento, as equipes possuem autonomia para decidirem como irão planejar e executar suas ações. Algumas inferem que planejam anualmente, outras mensalmente, havendo relatos, inclusive, de planejamentos de acordo com as necessidades e demandas de cada grupo:

O planejamento geral, como é mais ou menos assim de novembro até dezembro a gente começa a planejar o que nós vamos trabalhar no próximo ano [...] o que a gente tem que fazer no outro ano, é uma vez por ano, tanto pra ir para as escolas como para os grupos [...] (ASB 6).

Elas são planejadas de acordo com os grupos que existem no território, por exemplo, o grupo de gestantes, não é um grupo propriamente, é um curso que a gente faz, aí quando é na época de planejamento da unidade, a gente senta pra planejar aquele curso que geralmente a gente faz em dez sessões, que uma delas a saúde bucal entra [...] (CD 1).

Às vezes realmente é só dentro da necessidade da população, tipo assim, um grupo de idosos, as agentes de saúde realmente nos procura, isso a gente organiza a agenda, não marca paciente no consultório [...] a gente faz tipo assim um brincadeira com eles, mas realmente é dentro da necessidade do grupo (ASB 4).

O planejamento de acordo com as demandas de cada grupo, quando realizado sob a ótica dos participantes do grupo/usuários, ouvindo suas opiniões e sugestões, contribui para um trabalho consonante com as reais necessidades da comunidade, para a construção da

autonomia dos sujeitos, condizendo com os pressupostos da educação popular. No entanto, durante as observações simples, pode-se reparar que ao final das atividades não foi realizada uma avaliação em conjunto com os participantes, para lhes questionar sobre a atividade realizada e se os mesmos tinham alguma contribuição em relação ao planejamento para um próximo encontro, apenas, em algumas vezes, foi perguntando se possuíam dúvidas sobre o que foi explicado. Nenhum participante se manifestou nestas ocasiões.

A respeito da avaliação das ações educativas, SOUZA e RONCALLI (2007) advogaram que mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um “pacote preventivo”, o qual tem sido implementado acriticamente pela maioria das equipes de saúde bucal.

Nos discursos dos entrevistados a avaliação não foi referida como uma das etapas do processo de desenvolvimento das atividades educativas, o que nos faz refletir sobre a maneira como estas atividades são planejadas e executadas, assemelhando-se com a metodologia do Modelo Tradicional de Educação em Saúde, onde as avaliações não são vistas como um instrumento de acompanhamento e monitoramento para a melhoria do desempenho destas ações.

Embora a maioria das equipes tenha relatado que realizam atividades em grupos educativos, houve relatos de falta de um cronograma específico que tratasse sobre o planejamento destas atividades em grupos, e, até mesmo, da ausência destas atividades no cotidiano das ESB:

Não, não tem um momento fixo, mas a gente vai sentando com a equipe e vai vendo de acordo, por exemplo, nesse momento eles tão organizando os grupos, então nesse momento houveram reuniões para a gente dividir como que os grupos vão acontecer, é um momento que a gente já faz um planejamento, não tem assim uma coisa fixa [...] (CD 7).

Hum, é, no momento a gente não tem nenhum trabalho de educação em saúde específico para grupos não [...], eu particularmente a gente nunca foi, eu desde quando tô aqui como dentista, nunca fui, a gente faz assim, tem um atendimento clínico programado desses grupos [...], não tem de maneira programada nossa participação lá não (CD 8).

Estes resultados demonstram que algumas ESB possuem dificuldades para desempenhar ações necessárias e importantes para um trabalho de promoção da saúde na ESF, pois, segundo o Ministério da Saúde, é de competência da ESB: realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as

famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade (BRASIL, 2012b).

Ainda segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, as ações de promoção e proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua e compreendem: Fluoretação das águas, Educação em Saúde, Higiene Bucal Supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor (BRASIL, 2004).

Estas atividades/ações de Educação em Saúde em grupos, quando realizadas sob uma perspectiva de corresponsabilização, busca de autonomia dos usuários, e estímulo à construção de uma consciência sanitária, são imprescindíveis para a reorientação da atenção à saúde bucal, preconizada pelo Ministério da Saúde, visando sempre o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

No que concerne à participação da Equipe de Saúde da Família no planejamento destas atividades nos grupos, diferentemente do que foi relatado em relação às atividades para escolares, na grande maioria dos discursos, em aproximadamente 93%, verifica-se um planejamento em conjunto, conforme as seguintes declarações:

O planejamento das escolas é só a gente, mas os grupos às vezes tá associado a mais algum profissional da unidade, enfermeiros, NASF, o planejamento é junto[...] (CD 2).

É com toda a equipe, a questão dos grupos, com a equipe; a dos escolares não é só com a gente, a gente entra em contato com a gerência só pra dizer os dias que a gente vai (CD 4).

É feita por toda a equipe de saúde. Nas rodas, nos planejamos nas rodas né [...] a gente tá informando na roda que nós temos e aí se entrar em comum acordo é feito da forma como foi planejado e todo mundo dá uma opinião. Em conjunto [...] (CD 9).

Nos Centros de Saúde da Família do município de Sobral acontecem reuniões com toda a equipe, semanalmente, as chamadas reuniões de roda (Método da Roda), que consistem em espaços de planejamento, elaboração e discussão de atividades nos diversos territórios. Como se pode notar, estes espaços contribuem para que haja uma maior integração entre a equipe, e nas ações desenvolvidas para grupos, como envolvem vários profissionais, ocorre uma maior articulação entre a ESB e a Equipe de Saúde da Família. Estas reuniões

propiciam um maior envolvimento das ESB com o trabalho em equipe, auxiliando na superação do modelo de trabalho centrado somente no atendimento clínico individual e curativo, na busca por uma maior interdisciplinaridade e integralidade do cuidado.

A co-gestão de coletivos, conhecida como Método da Roda, proposta por CAMPOS (2000), é um método para a construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizagem; de elaboração e de organização de processos de trabalho e tomada de decisões e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais.

Desde agosto de 2001, a Secretaria de Saúde de Sobral faz uso desta metodologia de organização e de trabalho. Assim, cada unidade de saúde tem uma roda, que reúne, semanalmente, seus trabalhadores e sua gerência. As decisões sobre os problemas cuja governabilidade está na equipe de saúde da família são tomadas na roda da própria unidade, as demais, são encaminhadas para o Conselho Gestor, que se constitui na roda que congrega todos os coordenadores da Secretaria de Saúde (ANDRADE e cols., 2004).

Quando indagados sobre o aspecto da frequência com que estas atividades dirigidas aos grupos existentes nos territórios ocorrem, os sujeitos, semelhante aos resultados das atividades realizadas para escolares, demonstraram uma grande variabilidade de frequências, como bimestral, trimestral, semestral, quinzenal. Alguns relataram, até mesmo, que não existe uma programação para estarem participando dos grupos, como pode-se observar:

Já aconteceu umas três vezes nesse ano, talvez seja de três em três meses, nessa faixa [...](ASB 4).

Não tem uma programação [...]. O de gestante tem todo mês, é um dia durante o mês, mas a gente não participa todo mês, só de vez em quando (ASB 5).

Vamos umas duas vezes no ano, quando tem os grupos, porque o de gestantes no momento está parado, tem mais o de idosos [...] (CD 3).

De acordo com os relatos, pode-se constatar que as atividades realizadas para grupos acontecem com uma frequência bem menor do que as realizadas para escolares, como explicitado na seguinte fala:

As escolas já têm uma frequência maior, já é uma frequência mensal, mas os grupos meio que semestral mesmo, grupo de gestantes, idosos, às vezes até mais que uma vez por semestre, mas no geral é assim, o mensal é o escolar e o grupo de gestante é por semestre, idosos também [...] (CD 2).

Este fato também pôde ser verificado durante a coleta de dados, nas observações simples, pois, em um período de três meses, foram realizadas somente duas observações de

atividades em grupos, de idosos e adolescentes, nas diversas equipes estudadas, devido à ausência das ESB nestas atividades. Sobre as atividades com escolares, foram observadas duas também, esse menor número pode ser justificado pelo fato dos meses destinados à coleta de dados, visto que, foram períodos nos quais já tinham sido concluídas as atividades do PSE em muitos territórios, coincidindo, também, com as férias escolares.

Considerando estes resultados, em um estudo realizado em Sobral, por residentes da VI e VII turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), foi descrito que na atenção aos adultos, gestantes e pacientes com doenças crônicas, a atuação destes residentes nos grupos de educação em saúde ocorria de forma pontual. O único grupo onde se dava a participação dos residentes de forma sistemática era o dos idosos, onde se tinha ações interdisciplinares, estimulando o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde bucal nesta faixa etária. Concluiu-se, também, que a tradicional priorização da assistência odontológica ao grupo dos escolares deveria, de acordo com a realidade local, ser revista, uma vez que boa parte das necessidades estava situada na população adulta e idosa (PARESQUE e cols., 2009).

Neste contexto de priorização de atividades para escolares, PIMENTEL e cols. (2012) consideraram que a articulação da ESB com a comunidade necessitava de avanços. Embora observada sua participação nos grupos educativos, em especial de gestantes, idosos e hipertensos/diabéticos, a integração com instituições da comunidade ainda está muito focada nas escolas, privando as equipes de outras formas de participação comunitária.

SOUZA e RONCALLI (2007) concluíram, também, que essa ênfase nos escolares poderia cair nas armadilhas da exclusão, em virtude da priorização dessa população. Tal prática seria, em certa medida, um resquício do modelo de atenção à saúde bucal em escolares, surgido ainda nos anos 1950 e representado principalmente pelo Sistema Incremental (sistema de atendimento de escolares de escolas públicas, na faixa etária de 7 a 14 anos, que, apesar de suas limitações, tinha uma estrutura organizacional muito forte e um sistema de atendimento bem normatizado).

Apesar da pouca frequência de atividades educativas em grupos, houve um depoimento que indicou a realização de atividade educativa individual durante o atendimento clínico odontológico, para essa população prioritária de grupos, conforme a seguinte fala:

Sobre os grupos, tem um atendimento programado desses grupos, atendimento clínico, aí dentro do atendimento clínico a gente faz atividade educativa individual [...] (CD 8).

ALVES e NUNES (2006) sinalizaram que o cotidiano do trabalho em saúde era reconhecido pelos profissionais como uma situação oportuna para a prática da educação, e

que toda ação era provida de uma ação educativa, estando presente em todo contato entre o profissional de saúde e o usuário.

Durante o atendimento ao paciente, a conversa é algo extremamente rico e importante no campo da comunicação na vida cotidiana, vinculando a educação aos processos de produção em saúde. Estas conversas permeiam as mais variadas esferas de interação social, e dificilmente pensa-se nas peculiaridades que possam estar presentes nessa forma de comunicação (SPINK, 2004).

As indagações, os questionamentos, as perguntas e as respostas das conversas do cotidiano são um meio de iniciar uma prática educativa, que procura indagar sobre as necessidades que envolvem o significado do processo saúde-doença por parte do usuário e que muitas vezes é percebida pelo trabalhador (PINAFO e cols., 2012).

Outra forma de realizar a educação em saúde na informalidade das ações consiste na sua prática durante as visitas domiciliares. Houve um depoimento que considerou a visita domiciliar como uma atividade educativa:

Sobre o público-alvo, são feitas essas atividades nas escolas, nos grupos, sendo que nestes é mais espaçado [...], nas visitas domiciliares também, mensalmente estamos fazendo [...] (CD 3).

As visitas domiciliares na ESF são vistas como tecnologia de interação no cuidado e instrumento de intervenção, inserção e de conhecimento da realidade de vida da população (LOPES e cols., 2008).

Assim, estar próximo do ambiente familiar e da dinâmica de suas relações, faz com que o profissional esteja em contato com as necessidades dos usuários para, assim, tentar ajudá-lo a encontrar o melhor caminho para a condução de seus problemas, além das ações educativas se tornarem condizentes com a realidade vivenciada pelos usuários (PINAFO e cols., 2012).

Apesar de ter sido relatado, por alguns poucos sujeitos, cerca de 12%, a realização de atividades educativas durante o atendimento clínico e em visitas domiciliares, durante o período de coleta de dados não foi realizada nenhuma observação destas práticas, pois não aconteceram. Os profissionais relataram como fatores de impedimento, respectivamente, problemas estruturais nas Unidades Básicas de Saúde e a falta de tempo.

Portanto, embora tenham sido relatadas práticas educativas em momentos informais da relação usuário-profissional, através das entrevistas e das observações simples, pode-se constatar que a relação que se estabelece entre a maioria dos profissionais de saúde

bucal e usuários é uma relação hierárquica de passar a informação, controlar, instruir, conscientizar a comunidade.

Em um estudo realizado por SILVA e cols. (2009), com enfermeiros da ESF de Sobral, sobre a práxis educativa em saúde, os enfermeiros expressaram a expectativa de que a transmissão das “informações” ou “conhecimentos” e a demonstração dos riscos a que estariam expostas as pessoas da comunidade seriam suficientes para que fossem provocadas mudanças de comportamento individuais, no sentido de serem adotados estilos de vida mais saudáveis. No entanto, no campo prático, esse mecanismo de causa e efeito não se efetivava, fato reconhecido pelos próprios enfermeiros. Isso porque a “conscientização” ocorre à medida que o próprio indivíduo consegue olhar para sua realidade de forma não mais cotidiana, mas crítico-reflexiva, o que não podia se concretizar pela simples transmissão de informações relacionadas à saúde - embora houvesse a possibilidade de que novas informações pudessem sensibilizar as pessoas e convidá-las a olhar sua vida cotidiana a partir de uma nova perspectiva.

Dessa forma, o enfoque não deveria estar isoladamente nas mudanças individuais de comportamento, como objetivo de adaptar a comunidade a conviver com as situações que pudessem conduzir a doenças, minimizando os riscos, mas na busca conjunta de estratégias para redimensionar também os determinantes socioculturais e estruturais das doenças (SILVA e cols., 2009).

5.3 Temáticas em Saúde Bucal Trabalhadas no Cotidiano da Equipe

Nesta categoria, as dimensões consideradas foram: **Temáticas abordadas; Estratégias adotadas e Participação da comunidade em relação às temáticas trabalhadas.**

Sobre as temáticas, foi relatado que variam de acordo com cada grupo; nos idosos e grupos de Hiperdia, é mais enfatizado questões como uso e manutenção de próteses dentárias e prevenção de câncer bucal; para gestantes, são abordados temas como: higienização bucal para a mãe e o bebê, alimentação saudável, mitos relacionados com o tratamento odontológico durante a gravidez, importância da amamentação e hábitos bucais deletérios para o bebê; para os escolares, são fornecidas instruções corretas de higiene oral, explicações sobre doenças bucais mais prevalentes e alimentação saudável, conforme as seguintes falas:

Nos escolares a gente fala da importância, geralmente a gente vê que eles não têm muito o costume do fio dental [...]; gestante a gente fala da importância da escovação, quantas vezes ao dia, sobre o fio dental, com relação até mesmo à higienização da boca dela, com relação até o filho que ela vai ter, pra ela não acabar repassando aquela bactéria até pra o filho (ASB 3)

Mais é sobre a higienização né e sobre a alimentação, em geral. Ensinar a escovação, a alimentação, diminuir os doces né, é mais essa parte mesmo o geral, pelo menos o que eu tenho trabalhado nos últimos tempos é só isso (ASB 7).

Também depende, varia de cada grupo [...]. Para o grupo de Hipertensão, é mais voltado pra o cigarro, pra o câncer de boca e o uso de prótese, que a gente era mais voltado pra isso (CD1).

Depende do foco [...] orientações sobre o uso de próteses no caso com o grupo de idoso, gestante fala sobre a higiene do bebê, a higiene da mãe [...], depende do grupo, vai saindo, no caso, tem gestante é mãe e filho, mãe e bebê, aí alimentação saudável foi pra o grupo de mães e de crianças, na escola aí fala sobre alimentação, outro só sobre higiene oral, depende de quem tiver com a gente [...] (CD 5).

De acordo com a maioria dos depoimentos, pode-se perceber que os assuntos são muito restritos a questões relacionadas somente com a área da odontologia. Durante as observações simples, também foi registrado que, embora em algumas atividades fossem abordados temas relacionados à faixa etária e à condição de vida de cada grupo, o tema principal de todas as atividades foi a instrução de higiene oral, o que demonstra que a ESB possui dificuldades para abordar outros conteúdos que fujam da área específica da saúde bucal e envolva outras áreas da saúde, de forma interdisciplinar.

Segundo as diretrizes da política nacional de saúde bucal, a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), 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).

Existe dificuldade, também, em relação à diversificação dos temas, dentro do próprio contexto da odontologia, pois em um depoimento foi informado que não existe muita

variação das temáticas, sendo, muitas vezes, repetidos os mesmos conteúdos, para os diversos públicos existentes:

[...] Geralmente é sempre, o assunto é sempre o mesmo, assim não varia tanto o assunto não [...] (CD 2).

Nota-se que existe certa desmotivação para realização das atividades educativas, por parte de alguns sujeitos, que as praticam de maneira automatizada e descontextualizada. Não se pode deixar de considerar que estas práticas dependem muito da vontade e do interesse dos profissionais envolvidos, assim como também da compreensão da importância destas para seu processo de trabalho na ESF.

Sobre este aspecto, PINAFO e cols. (2012) apontaram que a decisão de realizar estas práticas era intrínseca a cada sujeito, e tinha que se considerar que toda atividade recebe influências do mundo circundante, como o tempo de atendimento, espaço laboral, concepções/percepções de saúde, educação, além da influência que outros atores envolvidos exerciam direta ou indiretamente na qualidade da ação realizada. À medida que o profissional observava a progressiva importância conferida à sua prática e os frutos produzidos por ela, percebia a importância desta para si mesmo. Isto podia tornar-se um motivo de estímulo e incentivo quando os sentidos trazidos pela prática educativa eram positivos. Deste modo, verificava-se que a vontade de fazer a educação em saúde partia das representações e significados que esta ação trazia para o trabalhador.

BACKES e cols. (2008) reconheceram que o despertar da reflexão sobre as práticas seria uma questão fundamental para as ações de educação em saúde, pois quando há ação sem reflexão, esta, por si só, não é transformadora, visto que mantém práticas arraigadas no comodismo, acrítica, sem ter a autenticidade dos indivíduos pensantes que nela se encontram.

Neste sentido, um profissional que tenha consciência da importância da prática educativa para a (re) significação de suas ações é estimulado para desenvolvê-la, já o profissional que não reconhece a importância e o significado desta, pode não ter motivação para realizá-la.

Entretanto, para o grupo de adolescentes, foi referido por um sujeito que as temáticas são mais ampliadas, não se restringindo somente à questão da saúde bucal, conforme descrito:

Para adolescentes, o assunto é mais amplo né, a gente amplia mais, a gente não pega só a saúde bucal, a gente acaba tomando conta de outros parâmetros pra adolescentes né [...] (CD 9).

Este fato de uma maior abrangência das temáticas trabalhadas para o grupo de adolescentes pode ser devido a um planejamento e uma participação interdisciplinar que ocorre nestes grupos, de acordo com a maioria dos relatos, o que favorece uma maior integração entre a ESB e equipe de saúde da família. Para um trabalho de Promoção da Saúde é necessário que os profissionais adquiram uma nova visão sobre os problemas que afetam a saúde das pessoas da comunidade, e essa nova apreensão se dá mais efetivamente quando há um maior envolvimento entre os vários atores que compõem as equipes.

Neste entendimento, segundo MAGALHÃES e cols. (2009), descompartmentalizar o conhecimento significa poder cuidar de forma mais responsável. No contexto do SUS, a integração entre as diferentes profissões e as abordagens dos problemas vistos de uma forma integrada são ações que podem promover mudanças no processo de trabalho da equipe, instituindo interdisciplinaridade e benefícios aos usuários.

A respeito da forma como estas temáticas são escolhidas, nas atividades dirigidas aos escolares, na maioria das ocasiões, os conteúdos são selecionados somente entre a ESB, conforme os relatos:

O assunto que a gente leva pra as escolas é escolhido só entre a equipe de saúde bucal mesmo [...] (CD 8).

Nas escolas é só com a gente [...] (CD 7).

Conforme já descrito na categoria “Educação em Saúde: em foco as atividades da Equipe de Saúde Bucal”, na maioria dos discursos observou-se que o planejamento das atividades relacionadas aos escolares é feito apenas entre a ESB, o que justifica a escolha das temáticas se restringirem meramente a odontologia, com assuntos abordados, na maior parte das vezes, exclusivamente sobre a saúde bucal.

Houve um relato que justificou esta escolha somente entre a ESB devido à falta de conhecimento dos escolares:

É, porque às vezes eles não têm conhecimento né, aí a gente escolhe um assunto dentro da saúde bucal e leva (ASB 4).

[...] A gente vê as dúvidas deles e o que chama mais atenção, assim, da gente, por eles não saber das coisas (ASB 3).

Este depoimento faz referência ao modelo Tradicional de Educação em Saúde, ao considerar as pessoas, no caso, as crianças, como ignorantes, sem entendimento nenhum, que precisam dos profissionais de saúde para lhes fornecer instruções e orientações consideradas “corretas” por estes. Um dos princípios da Educação popular, ao contrário, toma como ponto

de partida os conhecimentos prévios que determinada população tem sobre o assunto, para depois construírem os diversos saberes juntos, através do diálogo e da troca de experiências.

MOROSINI e cols. (2007) enfatizaram que o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para escolares, em que nas vivências eram estimulados o diálogo e a integração, levam à formação de um escolar autônomo, capaz de reverter a sua saúde e a de outros, por meio de valores e atitudes absorvidos. Não se limita apenas a dar conhecimento, mas em incentivar a criança a pensar, aprender e analisar, sendo esta capaz de tomar decisões a respeito do seu comportamento e de modificar os pensamentos sobre assuntos e valores de conhecimentos já tidos pelos adultos experientes. Contrapõe-se, assim, ao princípio de sua construção social baseado culturalmente na transmissão do conhecimento, de quem educa para quem é educado, segundo o qual a criança é vista como objeto vazio, apenas capaz de absorver informações.

Segundo GARCIA e cols. (2009), a educação e a informação são processos distintos, sendo que a informação é a recepção passiva de dados. Por outro lado, a educação é um processo em que interagem a prática e a teoria, o saber e o fazer para a construção de um conceito que possa ser incorporado na prática diária.

Ainda neste mesmo raciocínio, FREIRE (1996) considerou que as ações educativas deveriam ser desenvolvidas não com o intuito apenas de educar ou informar os indivíduos acerca de fatores de risco, prevenção ou promoção da saúde; deveriam, sim, ter por objetivo primordial fazer com que as pessoas fossem livres e capazes de fazer escolhas a fim de melhorara sua qualidade de vida, sendo as ações educativas centradas em experiências estimuladoras de decisão e responsabilidade.

Contudo, apesar da maioria dos entrevistados informar que escolhem as temáticas somente entre a ESB, houve um sujeito que descreveu que leva em consideração as sugestões de uma coordenadora da escola para a elaboração das questões a serem discutidas nas atividades educativas:

Na escola foi a coordenadora que veio falar com a gente que tinha uma dificuldade muito grande em relação ao bombom e a alimentação deles [...] aí ela pediu pra falar, aí foi eu e a nutricionista, aí a gente conversou com eles [...], aí parte, assim, da demanda dela, da escola (CD 5).

Esse planejamento quando realizado sob a perspectiva da intersetorialidade, feito em conjunto com funcionários da escola, possibilita um maior engajamento de todos os envolvidos no processo, tendo, conseqüentemente, maiores possibilidades de se conseguir resultados satisfatórios, condizentes com o conceito ampliado de educação em saúde.

De fato, em um estudo realizado por TURRIONI e cols. (2012), cujo objetivo era avaliar as ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família, e onde o planejamento era feito em conjunto com os professores e os temas trabalhados em todas as disciplinas, conseguiu-se um aumento do envolvimento dos adolescentes com as atividades, possibilitando uma maior efetividade no alcance de resultados.

Outra pesquisa de SILVA e cols. (2011), acerca das percepções dos professores de uma escola pública sobre as ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis, considerou-se que a diversidade de profissionais que se mostraram necessários para a promoção da saúde na escola, sob o ponto de vista dos professores, deixou clara a importância de programas e ações transdisciplinares, nos quais a saúde faz parceria com a educação e as ciências humanas. A educação escolar possibilita-nos abrir os horizontes da valorização e da qualidade de vida, contribuindo para o desenvolvimento da criatividade e a ampliação da autonomia.

No tocante às atividades educativas que têm como público-alvo os grupos existentes nos territórios, ao contrário das atividades desenvolvidas para escolares, a escolha das temáticas envolve, na maioria das vezes, em aproximadamente 87% das ocasiões, os participantes destas atividades e toda a equipe de saúde da família também, de acordo com as falas:

No caso do grupo de idosos que a gente teve há pouco tempo com o NASF, a gente participou, mas a gente não teve o nosso tema, aí foi perguntado a eles o que eles queriam que fosse abordado, no caso, eles queriam a parte de farmacologia, assim, foi adiado a saúde bucal, aí é perguntado o que que eles desejam né, no caso dos idosos (CD 9).

Às vezes a gente aborda, no caso das gestantes, o que elas mais perguntam no consultório e a gente leva pra o grupo (CD 1).

Todo mês é uma, um tema diferente, aí a gente procura junto com a enfermagem ver qual, um tema próximo, por exemplo, se elas estão dando, falando sobre, de amamentação, aí a gente bota um tema também, a gente procura falar da amamentação também, se elas estão falando alguma coisa sobre nutrição, aí a gente vai colocar alguma coisa que esteja de acordo com aquele tema, nutrição [...] (CD 4).

A gente senta com o grupo e vê quais são os temas que eles querem tá falando e tudo, e aí a gente vai vendo aonde que a saúde bucal também vai se encaixando, se eles não solicitarem nada com relação à saúde bucal, a gente vai mostrando a importância né (CD 7).

No entanto, apesar da maioria dos entrevistados afirmarem que ocorre a participação da comunidade na escolha dos conteúdos das atividades, houve alguns sujeitos da pesquisa, 13%, que informaram o contrário, que não há esta consulta aos participantes dos grupos, a fim de lhes questionar sobre as temáticas:

[...] Mas eles nunca opinaram não (sobre as temáticas) (CD 2).

Não é feito uma consulta a eles não, pra saber sobre os temas não[...] (CD 3).

Estes relatos convergem com os registros das observações simples, pois embora se tenha divulgado que a escolha das temáticas envolve os participantes dos grupos, não foi constatada esta participação em nenhuma atividade, não sendo solicitadas opiniões ou sugestões para um próximo encontro. Com isto, pode-se inferir que há possibilidades da seleção das temáticas das atividades para grupos ser estabelecida somente entre a equipe de saúde, na maioria das ocasiões.

Nessa perspectiva, NUNES e cols. (2012) enfatizaram que os interesses e necessidades dos sujeitos deveriam ser valorizados, os temas para serem trabalhados nas atividades educativas deveriam partir da própria realidade dos envolvidos e não simplesmente impostos pelos profissionais de saúde.

Em Saúde Coletiva, os processos educativos devem propiciar a participação dos sujeitos como coprodutores, desde o momento do planejamento até o da avaliação, pois o trabalho educativo só contribuirá para o fortalecimento dos grupos sociais quando constituir realmente uma práxis que assume o sujeito como coprodutor dialógico do trabalho em saúde (PEREIRA e cols., 2007).

Segundo GOMES e MERHY (2011), estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde poderiam ser vistas como relevantes para mobilização e conscientização da população, mas também como necessários para que a perspectiva dos moradores pudesse corrigir distorções criadas pela perspectiva tecnicista, que muitas vezes leva a equívocos relevantes por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o planejamento participativo representaria uma possibilidade de ampliação do diálogo entre o saber popular e o saber técnico-científico.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação, solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passaria a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos (MACHADO e cols., 2007).

Quando questionados sobre as estratégias adotadas durante as atividades educativas, a grande maioria dos entrevistados, 76%, explicou que as ações são realizadas prioritariamente sob a forma de palestras, de acordo com as falas:

Pra cada grupo a gente especifica uma “palestrinha”, de acordo com o que eles querem ouvir [...] (ASB 1).

É só palestra mesmo (ASB 3).

[...] Mas agora a gente só dá uma palestrazinha [...] (ASB 6).

Esses dados foram evidenciados também durante as observações simples, onde todas as ações, para os diversos públicos, se deram no formato de palestras, utilizando-se somente um macromodelo odontológico, para se realizar a instrução de higiene oral.

No estudo de SILVA e cols. (2009), foi observado também que as palestras correspondiam à principal estratégia referida pelos profissionais enfermeiros para a realização das ações educativas.

Para que a educação e motivação produzam resultados desejados, o profissional deve utilizar métodos apropriados, compatíveis com o público alvo, sendo que quando se trabalha com a população infantil, esta escolha deve ser mais cuidadosa. Para esse público, a orientação aplicada isoladamente pode tornar-se monótona e tediosa, desestimulando o aprendizado. Por isso, panfletos e gibis com ideias simples, ilustrações variadas, divertidas, com conteúdos atrativos e não muito longos são indicados (GARCIA e cols., 2009).

Neste contexto, de acordo com COSCRATO e cols. (2010), existem evidências científicas para a utilização do lúdico na Educação em Saúde. A utilização de jogos nas atividades educativas pode contribuir para a mediação da aprendizagem, estimulando a compreensão do assunto de forma prazerosa e a reflexão sobre o conhecimento adquirido.

As atividades lúdicas, retroalimentação, persistência, respeito, responsabilidade e estímulo são aspectos essenciais para que um grupo mantenha sua sustentabilidade (PEREIRA e cols., 2007).

Sob essa perspectiva, BRITO e cols. (2008), em um trabalho sobre Educação em Saúde com pré-adolescentes de uma escola pública, afirmaram que o uso do aspecto lúdico foi essencial no desenvolvimento das oficinas, pois se conseguiu manter os pré-adolescentes interessados e estimulados a respeito dos temas trabalhados, e as abordagens pedagógicas ativas possibilitaram a elaboração e a reelaboração de conhecimentos, tornando o indivíduo capaz de melhorar sua qualidade de vida.

Realmente, houve um relato que confirma esta maior interação e participação dos escolares, quando se utiliza técnicas mais dinâmicas:

[...] Os escolares não interagem muito né, a não ser que seja assim, um fantoche, um teatro, chama mais atenção, [...] a gente vê se valeu a pena o trabalho é você conseguir segurar a atenção da criança [...] (CD 7).

RAMPASO e cols. (2011) declararam que a aplicação do teatro como técnica de educação poderia ser estimulada nas atividades de educação e saúde, já que é capaz de entreter, representar ideias e atitudes comportamentais da vida diária. Este traduz com clareza a mensagem que se deseja comunicar, levando a plateia a refletir sobre as ações do cotidiano. Reflexão essa que é essencial para o alcance de mudanças, inerente à evolução do desenvolvimento intelecto-sócio-cultural do ser humano.

Outros recursos como vídeos, cartazes, *datashow*; e estratégias como realização de teatros, fantoches, também foram relatados, mas, como ações pontuais, muitas vezes realizados com o apoio de acadêmicos de odontologia, durante os estágios supervisionados, conforme as falas:

Só utilizamos vídeo uma vez, só vídeo [...] (CD 8).

[...] Eu passo vídeo quando tô com o datashow, aí eu passo [...] (CD 9).

[...] Quando vai assim os dentista, os acadêmicos de odonto, as ASBs, a gente sempre promove assim um teatrinho [...](ASB 1).

Vídeo só uma vez que a gente fez né [...] (ASB 8).

Já teve teatro, já teve fantoche, depende do que a gente tem no momento né, teve uma época que tinha aquele pessoal do teatro, a gente marcava e aí foram, os próprios estagiários já fizeram também na escola [...] (CD 7).

Esta colaboração dos acadêmicos de odontologia foi registrada nas observações simples, em uma atividade com grupo de adolescentes. Os estudantes do 9º período da Universidade Federal do Ceará (UFC/*campus*-Sobral) foram os facilitadores do encontro, embora a ESB estivesse também presente. Este apoio é muito importante, tanto para a formação dos estudantes, pois possibilita que vivenciem novas práticas, quanto para o Sistema de Saúde do município, na medida em que proporciona aos profissionais novas visões sobre estratégias educativas e a troca de experiências. Em algumas equipes, foi relatado que no planejamento e na execução das atividades ocorria a participação destes acadêmicos:

[...] Sempre tem o apoio dos acadêmicos da UFC, que estão sempre participando do planejamento [...] (CD 2).

[...] Quando a gente recebe estagiário, a gente vê a agenda também e fecha um turno que possa ir todo mundo, pra ficar melhor [...] (CD 7).

Contudo, a ESB deve se responsabilizar e garantir a continuidade da realização destas atividades, mesmo quando os estudantes não estiverem presentes, não devendo condicionar a frequência das ações à presença dos acadêmicos. As práticas de educação em

saúde devem ser incorporadas ao cotidiano da ESB, estar inseridas no processo de trabalho rotineiramente.

Ainda sobre as estratégias utilizadas, apesar da maioria dos sujeitos relatarem que realizam as atividades educativas no formato de palestras, houve um depoimento que mencionou como método adotado as rodas de conversa entre o público-alvo e os profissionais:

Quando a gente não faz falando, numa roda de conversa, a gente faz também através de cartaz que a gente monta, tipo pra ir passando entre eles e depois a gente tira dúvidas, eles vão perguntando de acordo com aquilo que eles vão vendo [...] (CD 1).

As rodas de conversa são consideradas estratégias que possibilitam que haja um diálogo entre os participantes das atividades e os profissionais de saúde, onde se pode estimular a participação da comunidade, através de discussões e reflexões, nas quais cada um pode se manifestar e interagir com os demais. Esta declaração demonstra uma intenção desta ESB em desenvolver atividades que se aproximam da metodologia da Educação Popular.

Em relação às dificuldades encontradas, alguns sujeitos expuseram que não utilizam com uma maior frequência técnicas como teatros, fantoches e recursos audiovisuais, pela ausência destes materiais:

É só palestra, a gente fica até com vontade de fazer isso sabe (teatro, fantoche), mas nós não tinha condições, porque a gente não tem material (ASB 4).

Só palestra mesmo, tanto pras escolas como pros grupos, porque a gente não tem muito material pra realizar, fantoche ninguém nem sonha (ASB 7).

[...] Tudo que eu quisesse fazer eu que tinha que comprar, eu que tenho que ir atrás de material, eu que comprava cartolina, eu que compro balão, eu que compro E.V.A., tudo, a única coisa que eu ganho é a escova e a pasta que eu distribuo pra eles[...] (CD 5).

Tenho vontade de fazer fantoche, fazer teatro, mas não tem nada, já pedi ajuda da coordenação, ficaram de vir[...] (ASB 2).

De acordo com ARAÚJO e DIMENSTEIN (2006), em uma pesquisa sobre Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista na ESF, alguns sujeitos do estudo expressaram a falta de material para o dentista realizar educação em saúde, ou que não sabiam como realizá-la. Porém, esses fatores não justificariam a ausência destas ações, pois há facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde, às faculdades de Odontologia, além de diversas maneiras de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade.

É importante que se valorize o uso de tecnologias leves (conversa, acolhimento, escuta solidária e mediação), e da cultura e costumes locais nos processos educativos em

saúde. Assim, os próprios participantes dos grupos poderiam atuar como protagonistas, encenando peças de teatros, dramatizações, tornando-se, também, desse modo, multiplicadores do processo educativo. Fortaleceria, desta forma, a autonomia dos usuários, a partir dessa nova relação de troca e apoio mútuos, na construção coletiva do cuidado.

Brinquedotecas, clubes da terceira idade, rádios comunitárias, oficinas de arte, música e dança, exibição de vídeos, teatros de mamulengo e de rua são algumas das ações no setor da cultura popular vistas como iniciativas que poderiam potencializar atividades na perspectiva da educação popular em saúde, e que vão para muito além dos muros dos serviços de saúde (GOMES e MERHY, 2011).

A valorização da cultura e dos costumes locais não foram observados em nenhuma das atividades durante o período de coleta de dados, na técnica de observação simples. Todas as ações deram-se na forma de palestras expositivas, com temas previamente selecionados pelas ESB, conforme já discutido.

A importância da valorização dos saberes, práticas e do contexto cultural na elaboração dos materiais educativos e no desenvolvimento das atividades deve-se também ao fato de que o conteúdo dos recursos audiovisuais, muitas vezes, pode refletir em um distanciamento entre a realidade da comunidade e aquela apresentada no material, quando o mesmo não é elaborado pelo município ou pela equipe de saúde em conjunto com a comunidade, o que dificulta o interesse e envolvimento das pessoas na ação realizada. Porém, embora estes recursos possam ser construídos juntamente com a população, é preciso que a Secretaria de Saúde disponibilize minimamente meios materiais, como cartolinas, pincéis, papel madeira, papel EVA e outros, que são necessários para a construção destes instrumentos educativos.

Considerando o uso destes recursos audiovisuais, SILVA e cols. (2009) discutiram que seria importante a sua utilização no processo educativo como um auxílio para que se pudesse estimular outros sentidos nos sujeitos envolvidos, desde que tais recursos não fossem usados como o próprio fim da ação educativa, mas como acessório, assim, não se inviabilizaria a comunicação (de caráter, necessariamente, bidirecional), imprescindível para que se desenvolva, de fato, um processo educativo – e não informativo.

Em referência à participação da comunidade em relação às temáticas trabalhadas, houve uma divergência de opiniões, enquanto a maioria dos entrevistados informou que ocorre uma participação ativa, uma interação entre a ESB e a comunidade, tanto de escolares, quanto de grupos, alguns poucos afirmaram que não ocorre esta interação, conforme os depoimentos:

Eles são bem participativos. Tanto os escolares, como as gestantes, e também os idosos, eles participam muito porque às vezes surge dúvida de um e aí o outro tem mais vergonha, aí quando vão começando a conversar, vão todos se inteirando e fica bem interessante (ASB 1).

Eles participam, perguntam tanto no grupo como nas escolas [...] (ASB 5).

Eles participam e se interessam, eu vejo muito [...], fazem perguntas, e vejo, assim, que eles interagem bem [...] (ASB 8).

[...] Eles perguntam muito pouco (ASB 3).

Perguntam não muito, mas alguns perguntam (CD 5).

Esta divergência de opiniões também foi percebida em relação a determinados públicos, como escolares e idosos, enquanto alguns sujeitos relataram que acontece uma integração com esse público, através, principalmente de esclarecimento de dúvidas e questionamentos, outros falaram que os participantes ficam mais ouvindo as explicações/informações que lhes são repassadas:

As crianças, nas escolas, participam mais, os idosos, eu senti eles um pouco mais calados [...] (CD 9).

Nas escolas, as crianças são mais de escutar [...] (ASB 3).

[...] Os idosos ficam calados, porque em si eles já sentem vergonha porque usam prótese, ficam com vergonha até de abrir a boca, infelizmente é a realidade [...] (ASB 4).

[...] O grupo de idosos é bem bacana, o pessoal interage muito né [...] (CD 7).

Já no que se refere aos grupos de gestantes e adolescentes, os profissionais tiveram relatos mais concordantes, a grande maioria afirmou que o público de gestantes é bastante interativo e participativo, enquanto o de adolescentes é um dos mais difíceis de conduzir, por não colaborarem, de acordo com as falas:

No geral, o de gestantes, elas perguntam muito [...], o grupo que interage melhor é o das gestantes (CD 1).

[...] Gestantes, elas têm muitas dúvidas, quando a gente consegue participar aí elas vem direitinho, elas participam bem (CD 7).

[...] Nos adolescentes, é muito difícil trabalhar com eles, eles muitas vezes nem escutam (CD 4).

[...] Os adolescentes é que participam menos né, parecem que ficam contando os segundos pra acabar o momento, e assim, às vezes dão menos importância do que as crianças também, àquele momento né (CD 8).

Esta verificação da falta de colaboração dos adolescentes certamente pode ser devido aos métodos utilizados durante a maioria das atividades (palestras expositivas); à

monotonia, em razão da repetição dos temas; aos conteúdos muitas vezes não estarem de acordo com suas demandas e necessidades, nas ocasiões onde não há uma construção e um planejamento conjunto destas ações entre ESB e público-alvo, conforme já discutido anteriormente.

Durante a coleta de dados, foi observado que na maior parte dos momentos, em 80% das atividades, existiu o espaço para o diálogo e o estímulo a participação do público-alvo, sendo indagados e questionados sobre quaisquer dúvidas que tivessem sobre o tema que estava sendo abordado. As opiniões e dúvidas dos participantes foram respeitadas e esclarecidas, porém, houve poucas perguntas, os usuários ficavam, muitas vezes, em silêncio.

Com estes resultados, nota-se que cada território possui as suas singularidades, particularidades, enquanto em um território se consegue uma maior interação e participação dos usuários, em outros locais este entrosamento não ocorre. Esta maior comunicação entre ESB e comunidade, possivelmente, depende da postura dos profissionais, das estratégias adotadas, e da forma como são conduzidos os momentos de atividades educativas.

Em um relato, percebeu-se certa preocupação de um sujeito em estar desenvolvendo uma maior comunicação com os participantes, o que condiz com uma atitude reflexiva do profissional, sobre as ações educativas realizadas:

[...] Quando eu fui convidada eu disse que ia haver interação, mas eu percebi que eu falei mais, e a ideia era você falar alguma coisa e esperar que eles perguntassem, mas a próxima vai ser mais interativa [...] (CD 6).

Todavia, participação, interação e integração, a qual a maioria dos sujeitos se refere, significa somente o esclarecimento de dúvidas, perguntas após as explicações e orientações da ESB, como consta nos seguintes depoimentos:

[...] Quando a gente pega um grupo que tem uma pessoa que tira mesmo as dúvidas, que interage com o grupo, a gente vê que depois o retorno é melhor [...] (CD 7).

[...] Até agora não ficou nenhuma dúvida pra gente levar pra depois não, tudo até agora foi resolvido no dia mesmo [...] (CD 4).

Por conseguinte, não há o estímulo ao desenvolvimento da autonomia do usuário, ao seu empoderamento, à sua co-participação, que convergem para a construção de uma visão crítica da realidade. Este fato foi verificado nas observações simples, pois não houve o estímulo à elaboração de uma visão crítica, visto que o assunto principal de todas as atividades estava sempre relacionado a temáticas específicas da odontologia, como higienização oral.

JUNGES e cols. (2011) defenderam que a integração entre os universos acontecia na medida em que uma relação era construída, no momento em que vínculos eram constituídos e, por consequência, acolhimentos eram efetuados. Só seria possível entender, compreender e buscar melhorias naquilo que se conhece, quando os profissionais interagissem e efetivamente fizessem parte do universo de seus pacientes, e na medida em que se deixassem envolver por eles. É no diálogo entre os universos que a integração acontece. Por estarem na mesma busca e por caminharem lado a lado na procura por novas interações, eles se complementariam.

Em um estudo de HORTA e cols. (2009), concluiu-se que o usuário não era visto como um co-partícipe do processo de produção do cuidado. Discutiu-se ainda que a participação efetiva dos usuários e da população era considerada o eixo do estabelecimento de práticas emancipatórias, com ênfase na autonomia e no diálogo profissional-usuário. Com isso, podia-se agir sobre os determinantes do processo saúde-doença que interferiam em seu adoecer e em seu ser saudável.

PONTES (2007) relatou também que, na maioria das vezes, os odontólogos não estavam preparados para atividades de promoção e prevenção, realizando-as de maneira inadequada ou incompleta. Tais atividades eram efetuadas, geralmente, através de orientações individuais na hora da consulta e palestras com cerca de meia hora de duração, de maneira expositiva, sem a participação do usuário na construção de saberes que os capacitassem nas questões relativas ao desenvolvimento de seu autocuidado. A população respondia a estas ações, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra e a cada reunião.

Neste entendimento, MACHADO e cols. (2007) apontaram para a educação em saúde como um processo político pedagógico que requereria o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levariam o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Entender a comunidade como sujeito do processo educativo exigiria mais do que a escuta passiva do usuário, mas suscitaria a necessidade de considerar a capacidade de decidir, planejar e agir da comunidade. Assim, a Educação em Saúde deveria estar focada na reflexão a respeito das condições sócio estruturais da população. É a inversão do controle: não mais uma população controlada, mas que controla os determinantes do processo saúde-adoecimento e também decide sobre o planejamento em saúde (SILVA e cols., 2010).

5.4 Mudanças Comportamentais em Relação à Saúde Bucal

Quando indagados sobre a percepção de mudanças nos hábitos e atitudes dos participantes, após a realização das atividades educativas, uma grande parte dos sujeitos, aproximadamente 76%, revelou que observam mudanças positivas em relação à saúde bucal da comunidade, como por exemplo, uma melhor higienização bucal, uma maior conscientização sobre a importância da saúde bucal, e uma maior procura por atendimento odontológico, de acordo com os depoimentos:

Aqui no nosso território, eu costumo dizer que a gente tem muita melhora, já tá com dez anos que eu trabalho aqui né, e eu tenho uma visão muito ampla, desde o início que inaugurou o PSF até o dia de hoje [...] (ASB 1).

[...] A gente já vê que eles compreendem bem melhor, eles já estão entendendo que os dentes têm muita importância, já está assim, a diferença tá grande [...], aí a gente vê que as pessoas já frequentam mais o dentista, não estão vindo só quando está com dor, estão assim, já buscando mesmo a saúde bucal [...] (ASB 3).

[...] Eu acho que melhorou bastante, hoje o usuário procura bem mais a unidade e ele tá bem mais bem informado que há uns dez anos atrás [...] (CD 4).

[...] Do acolhimento que a ASB faz, que ela ensina a escovação, eu vejo sim, eu vejo que a pessoa tá aprendendo a escovar [...] (CD 6).

Grande parte dessas mudanças positivas em relação à saúde bucal, percebidas pelos sujeitos, possivelmente seja devido ao maior acesso da população às ESB, pois no ano de 2003, segundo MENDES e VIANA (2005), existiam somente 14 ESB, e atualmente esse número é de 39. No município de Sobral, houve a inclusão das primeiras equipes em 1998, mesmo antes da inserção oficial da saúde bucal na ESF, por parte do Ministério da Saúde, em 2001. Aos poucos, as ESB foram conquistando seu espaço, divulgando suas ações, e a população foi conhecendo seu processo de trabalho, e reconhecendo a importância do cuidado com a saúde bucal para a melhoria de sua qualidade de vida. Apesar das dificuldades encontradas ainda hoje, como o número de ESB ainda não está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, que recomenda como ideal a proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para cada Equipe de Saúde da Família existente no município, não se pode deixar de considerar o esforço por parte da coordenação de saúde bucal em, cada vez mais, inserir novas equipes, e ampliar o número de territórios cobertos por ESB cadastradas e atuantes.

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos através da ESF, PATRÍCIO (2007), em uma pesquisa a cerca do impacto da ESF sobre os indicadores de saúde bucal de uma população, concluiu que um indivíduo residente em área coberta por ESB tinha mais chances de conseguir uma consulta odontológica do que aqueles de áreas não cobertas.

Porém, o aumento da oferta de serviços odontológicos não significa necessariamente uma reorientação do modelo de atenção e uma população com melhores condições de saúde bucal. Segundo PEREIRA e cols. (2009), ao estudarem o impacto da ESF com ESB sobre a utilização de serviços odontológicos, identificaram que apesar do aumento da oferta em áreas cobertas pela ESF, não houve uma reversão do modelo de atenção odontológico, que se caracterizava por ser pouco resolutivo, mutilador e centrado na doença.

SOUZA e RONCALLI (2007) enfatizaram que, apesar de as políticas de saúde oferecerem assistência à população, elas tinham efeito limitado. A organização de boas políticas de saúde, incluindo as de saúde bucal, estava vinculada a outras políticas, como de educação, emprego, renda e moradia, tendo em conta o conceito ampliado de saúde. Portanto, era esperado que, nos municípios onde houvesse um conjunto de políticas públicas mais definido e melhores condições socioeconômicas, também existisse um modelo de atenção à saúde mais bem estruturado. Logo, não se pode avaliar a saúde apenas como maior oferta de serviços.

A respeito dos grupos, principalmente de gestantes e idosos, as mudanças favoráveis que os profissionais verificam estão relacionadas a uma maior adesão ao tratamento odontológico, ao esclarecimento de dúvidas durante as ações, a uma maior valorização da saúde bucal pelos participantes, e, no caso das gestantes, a uma desmistificação sobre o atendimento clínico durante a gestação, o que, conseqüentemente, aumenta a procura das mesmas pelo pré-natal odontológico, conforme as falas:

Melhora, aquele tabu que gestante não pode ir ao dentista acabou né, elas também agora têm uma outra visão, [...] então esses tabus foram acabados justamente nessas palestras das gestante [...] nos idosos, essas orientações desses grupos, eles perderam esses medos e agora vem, até mesmo são acompanhado [...], e eles mesmos quando veem alguma diferença, já procuram o dentista pra avaliar [...] (ASB 1).

Para os grupos, as gestantes, tem umas que não querem vir, para o atendimento, mas depois do grupo estão mudando, estão procurando mais [...] (ASB 5).

[...] O que eu percebi é que eu consegui levar a gestante, porque a gente discutia muito essa questão dos mitos e verdades né, eu conseguia levar essas gestantes pro consultório, gestantes que antes não aderiam ao tratamento, ao pré-natal odontológico, aí depois do curso passavam a procurar [...], nos grupos de idosos, sempre após os grupos, as pessoas que a gente via que tinha necessidade de tratamento, a gente orientava e elas sempre estavam procurando a gente depois [...] (CD 1).

Já a questão dos idosos ter mais cuidado né, com a higienização da prótese ao dormir, até mesmo depois das refeições, e as gestantes estão vindo, procurando mais, pra fazer o pré-natal odontológico [...] (CD 2).

[...] A gente tem um retorno, eu sinto isso mais assim, nas próprias consultas, quando eles vêm eles dizem: ah, eu não sabia disso, e tudo [...] (CD 7).

É necessário que se reconheça a importância da presença das ESB nas atividades com grupos educativos, pois, o contato com a comunidade pode possibilitar o despertar de uma nova consciência sobre sua saúde bucal, além do que faz com que as ESB saiam do seu cotidiano de atendimento clínico individualizado e curativo, e vivenciem práticas mais coletivas, de promoção da saúde, mais condizentes com a perspectiva de atuação na ESF. A simples transmissão de informações pode não provocar mudanças de comportamento individuais, mas podem sensibilizar as pessoas sobre a importância da sua saúde bucal, da integração desta com a saúde geral, e conduzi-las a novos olhares e reflexões sobre sua saúde e qualidade de vida.

Considerando o público dos escolares, as mudanças benéficas notadas referem-se a um maior cuidado com sua saúde bucal, a uma maior habilidade das crianças para realizar a escovação, e, majoritariamente, os sujeitos reparam em uma diminuição do índice de cárie neste público:

[...] Crianças, desde quando a gente inaugurou o PSF até hoje têm bem poucas cáries, porque a gente acompanha desde a visita domiciliar, quando eram recém-nascidos, depois acompanha nas creches e vem fazendo esse trabalho de escovação supervisionada na escola, então é um índice de cárie muito baixo a vista de outras criança que entra no nosso território (ASB 1).

[...] Nas escolas a gente vê que as crianças já têm uma habilidade, até a maneira de pegar na escova, porque antes tinham dificuldade [...] (ASB 3).

[...] A gente fez esse levantamento, a gente fez o exame, trouxemos a criança pro atendimento na clínica, quando passou os anos, nós voltamos lá, aquelas mesmas crianças, sabe, estavam com tudo ok, não sentiram mais dor de dente, não faltaram mais o colégio, não procuraram mais o consultório, nós fizemos novamente o exame e as crianças com os dentes tudo sã, então pra nós foi um resultado muito positivo (ASB 4).

[...] Eu já vi grande melhora, principalmente nos escolares, que antes a gente ia pra escola, falava, fazia algum exame neles, a gente tinha uma realidade e hoje a realidade já é bem diferente [...] (CD 4).

[...] Assim, a gente vê que eles estão mais interessados né, no cuidado, na escovação e com alimentação também, são os dois pontos alvo que a gente bate, a gente percebeu uma melhora né, tanto deles, como dos pais [...] (CD 8).

Estes resultados são reflexos da priorização deste público, já que, devido ao PSE, as atividades educativas se dão com uma maior frequência para os escolares, além disso, são realizados exames bucais, de Necessidade de Atendimento Clínico (NAC) nas escolas, e, aqueles que possuem índices mais elevados, são encaminhados para os atendimentos nas Unidades de Saúde. Na maioria dos territórios, existe um dia específico da semana destinado somente a este público. Portanto, pode-se inferir que, os resultados satisfatórios observados por muitos sujeitos podem ser, principalmente, devido à garantia do acesso ao tratamento

odontológico para este público, e não somente por causa das atividades educativas que são realizadas nas escolas.

Apesar da maioria dos profissionais entrevistados terem percebido mudanças positivas e importantes em relação à saúde bucal dos usuários, houve alguns sujeitos, cerca de 24%, que declararam o contrário, que não observaram mudanças, mesmo após estarem realizando, há muito tempo, estas atividades de educação em saúde, para os diversos públicos, como consta a seguir:

[...] Eu já trabalhei em vários lugares e nos outros lugares eu vi melhoras né, aqui ainda tô esperando, assim né, lógico que tem muitas pessoas que seguem o que a gente aconselha, mas a gente tem que tá sempre orientando, de uma maneira geral nos grupos, ainda não consigo ver (CD 9).

[...] Alguns já percebe que as orientações servia, não é 100%, tem alguns que a gente não consegue (CD 1).

[...] Os adultos é muito difícil, os idosos, adolescentes eles não são muito bom de ouvir, eles não prestam muita atenção, são muito inquietos né, esse tempo todinho que eu fiz, sinceramente eu já fiz muitas ações coletivas, pelo tempo que eu tô no sistema, pelo tempo que a gente começou essas ações era pra gente ver grande melhora, mas a gente não vê, não sei o que é que acontece (ASB 7).

SILVA e cols. (2009), em uma pesquisa acerca da práxis educativa em saúde dos enfermeiros na ESF, afirmaram que houve, de fato, dificuldades em produzir mudanças comportamentais, já que os comportamentos em questão eram, muitas vezes, culturalmente arraigados. Isso se devia ao fato de que o comportamento não podia ser modificado apenas em virtude da aquisição de novos conhecimentos, pois também estava associado a “percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos”. Os enfermeiros associaram a não adesão aos comportamentos por eles prescritos a uma “desvalorização”, pela população, das ações educativas realizadas; os profissionais afirmaram que a comunidade não “dava importância”, não atribuía significado ao discurso educativo dos profissionais de saúde.

Em um depoimento, um sujeito atribuiu aos usuários a total responsabilidade por não terem ocorrido mudanças favoráveis de comportamentos e atitudes, que os conduzisse a uma melhor condição de saúde bucal, adotando uma postura de culpabilização da comunidade, em um discurso contraditório:

Sinceramente, eu faço a minha parte, eu faço o que eu acho que é certo, então assim, acredito que o que eu tô fazendo funcione, em alguma forma funciona [...], só que dentro do consultório, eu não vejo tanto resultado [...] (CD 5).

Quando se considera que a saúde dos usuários depende somente da “escolha por condutas e costumes adequados”, os profissionais restringem sua função no campo da saúde.

Dessa forma, acreditam que já realizam as ações que estão sob sua responsabilidade, cabendo aos usuários fazerem sua parte, ignorando a multicausalidade do processo saúde-doença.

A contradição expressa no depoimento citado pode dever-se ao fato da profissional não ter conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde, sua formação acadêmica ter sido essencialmente voltada para atividades curativas individuais e reabilitadoras, com ênfase no atendimento clínico e na visão biologicista da doença. Só que isto não justifica este seu possível desconhecimento, espera-se que um profissional que esteja atuando na ESF invista na sua formação profissional, não se limitando à qualificação puramente técnica. A responsabilidade em preparar os profissionais para a ESF deve ser compartilhada entre gestores e os próprios profissionais, de forma organizada e de acordo com as demandas/necessidades dos trabalhadores e usuários do SUS. O processo de trabalho para atuação na ESF requer profissionais com compreensão sobre princípios e diretrizes do SUS, e, entre outras dimensões, sobre condições econômicas e sociais que afetam a saúde, de maneira que possa haver, efetivamente, uma reorientação do modelo de atenção.

Sobre a culpabilização da comunidade, BESEN e cols. (2007) discutiram que nas atividades ditas educativas, como as palestras e as aulas, fossem em grupos ou em consultas individuais, passava-se a ideia de que a doença se devia, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta. Como resultado dessa prática, dentre outros problemas, foram identificados os seguintes: baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e aos tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.

Em um estudo de FACCIN e cols. (2010), alguns profissionais consideraram que a população assistida fazia parte de uma “cultura” que não dava valor aos cuidados com a saúde, fazendo uma imagem preconceituosa dos indivíduos que adoeciam. Assim, partiam do pressuposto de que as informações educativas não se traduziam em comportamentos saudáveis por falta de interesse ou de responsabilidade. Esperava-se que, a partir das informações educativas, os usuários estivessem aptos a adotar condutas saudáveis e fossem os responsáveis exclusivos por sua saúde. Essa percepção tinha reflexo claro nas práticas de educação em saúde, que pareciam desconsiderar a complexidade de fatores que se traduziam nos comportamentos de saúde. No entanto, alguns entrevistados trouxeram outra visão sobre o processo saúde-doença, mostrando que os comportamentos favoráveis à saúde não dependiam somente de escolhas, pois houve diversos fatores que os influenciava ou determinava, como condições socioeconômicas e seus reflexos, o contexto familiar, dentre outros problemas com macrodeterminantes, que não se restringiam somente ao aspecto biológico.

FREIRE (2005) defendeu que qualquer iniciativa de educação só toma dimensão humana quando se realiza a “expulsão do opressor de dentro do oprimido”, como libertação da culpa (imposta) pelo “seu fracasso no mundo”.

Portanto, a educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença deveriam ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para que, a partir dessa reflexão, fosse possível a opção por uma vida mais saudável. Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Dessa forma, SILVA e cols. (2010) propuseram “sinonimizar” Educação em Saúde e organização da comunidade, esta última com o intuito de refletir e planejar intervenções coletivas e participativas nos macrodeterminantes de saúde. Ainda que coexistindo com as informações, recomendações e prescrições em saúde, a Educação em Saúde não pode mais ser confundida com tais práticas. Deste modo, seria possível que a Educação em Saúde atuasse como instrumento de promoção da saúde, em sua conotação macro-política.

5.5 Desafios na Realização das Atividades de Educação em Saúde

Quando questionados sobre as dificuldades que encontram ou já encontraram para realizar as atividades educativas, os sujeitos informaram que se deparam cotidianamente com diversos desafios e problemas na realização destas ações. Muitos relataram, em torno de 41%, que um dos desafios que encontram com bastante frequência refere-se à falta de apoio nas Escolas, de professores e da direção, de acordo com as falas:

[...] Às vezes tem professor que acha ruim e diz assim: “num sei pra que isso, que não dá em nada (ASB 3).

É falta de ajuda da escola, a partir da direção. Porque, é tipo assim, você vai perder tempo na aula, eles têm uma carga horária pra cumprir, então eles acham que a escovação realmente não é necessária, inclusive não vou citar o nome do diretor, porque realmente é coisa de ética, mas nós ouvimos de um diretor da escola porque que o governo não investe em verba pra prótese ao invés de escova e creme dental [...] Nós temos essa dificuldade muito grande, a gente não tem o apoio da escola (ASB 4).

[...] Em uma outra unidade que já trabalhei era a questão da escola, que bloqueava um pouco a entrada do profissional pra fazer essas palestras educativas (CD 2).

A partir destes depoimentos percebe-se que, mesmo após a implantação do PSE, ainda é necessário uma maior integração entre as áreas da saúde e educação, tendo em vista que a escola é um local propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, onde se pode atuar nas diferentes áreas do saber humano. Na categoria “Educação em Saúde: Em Foco as Atividades da Equipe de Saúde Bucal” discutiu-se que no planejamento das atividades para escolares, na maioria dos discursos foi informado que este é feito somente entre a ESB. Para que se concretize essa maior integração, o planejamento das atividades deveria ocorrer em conjunto, com os profissionais de saúde participando de reuniões com todos os funcionários da escola, dialogando com estes, e buscando, juntos, melhores estratégias para realização destas ações. Desta forma, poderia se conseguir um maior engajamento de todos os envolvidos no processo, diminuindo as dificuldades, e aumentando as possibilidades de resultados mais efetivos. A parceria saúde-educação é fundamental para um trabalho de Educação em Saúde na perspectiva do conceito ampliado de Promoção da Saúde.

Ainda sobre as atividades em escolas, houve um relato que revelou uma postura autoritária e impositiva por parte de uma profissional, que demonstrou uma atitude de coerção em relação aos professores de uma escola:

[...] Assim na escola, eu brigo muito com as professoras, eu bato muito de frente [...], as professoras não são conscientes [...], eu tenho que mentir dizendo que vai vir fiscalização, eu tenho que mentir dizendo que a mulher vai vir pra poder ver [...], porque senão, não tem escovação [...], porque eu não tenho ajuda de todos, eu chego na escola, gente, vamos, vamos fazer, é porque eu vou ter uma fiscalização, vai vir uma doutora agora, que vai vir fiscalizar e vai vir perguntar, e aí eu queria fazer pelo menos hoje pra poder vir a fiscalização, mais ou menos assim, tudo tem que falar a palavra “fiscalização” pra poder funcionar alguma coisa [...] (CD 5).

Esta atitude autoritária também foi registrada durante as observações simples, quanto a alunos de uma escola. Apesar de, na maioria das ocasiões, ter-se percebido que os profissionais possuem uma postura acolhedora e afetiva com o público-alvo, sabendo ouvir as perguntas e se dispondo sempre a esclarecer dúvidas, em uma observação uma profissional demonstrou autoritarismo, exigindo que as crianças ficassem em silêncio durante uma explicação, não abrindo espaço para o diálogo, acreditando que somente desta forma conseguiria a atenção e cooperação delas, para que fizessem o que estava sendo solicitado, sem nenhuma rejeição ou questionamento. Este comportamento da profissional condiz com o Modelo tradicional de Educação em Saúde, no qual predomina a autoridade do professor, que

exige atitude receptiva dos alunos e impede qualquer comunicação entre eles. A transmissão dos conteúdos, neste modelo, ocorre na forma de verdade a ser absorvida, em consequência, a disciplina imposta é o meio mais eficaz para assegurar a atenção e o silêncio.

Para FREIRE (2001b), algumas relações entre as pessoas da comunidade e os profissionais baseavam-se em noções de dominação e poder, que pareciam ser legitimadas pelo fato de os profissionais de saúde terem o verdadeiro saber. No entanto, a “mudança” intentada pelos profissionais não se concretiza a partir de um discurso coercitivo, normativo ou impositivo. A ação humana caracteriza-se pela criatividade e decisão.

FREIRE (1996) insiste também na “especificidade humana” da educação, como competência profissional e generosidade pessoal, sem autoritarismos e arrogância. Só assim nascerá um clima de respeito mútuo e de disciplina saudável entre “a autoridade do educador e as liberdades dos educandos, reinventando o ser humano na aprendizagem de sua autonomia”.

Entretanto, embora tenha havido muitos sujeitos que afirmaram uma falta de cooperação por parte de diretores e professores, houve alguns profissionais que expuseram progressos e avanços no relacionamento com as escolas, conforme as seguintes declarações:

[...] Existe exceção, existe uma escola que realmente acolheu de uma forma, sabe que realmente é exemplar, então eu até dei a dica né, que essa escola passasse essa ideia adiante pra que a outra escola tomasse gosto, o diretor e tudo mais levasse ou o coordenador na secretaria de educação né, pra que realmente passasse pra outras escolas né, e realmente acolhesse né, essa ideia, [...] por que um acolhe de uma maneira totalmente saudável e que promove saúde mesmo (ASB 4).

Hoje em dia ainda tem muitas dificuldades com as escolas, mas no passado teve mais [...] (ASB 5).

Nas escolas, às vezes a gente tinha muita dificuldade porque as professoras não dava muita atenção a gente, mas de um ano pra cá, elas já ajudam é a gente [...]. Hoje em dia as professoras recebem muito bem (ASB 6).

Eu acho assim, que teve só a melhorar, porque antes a diretora resistia muito, mas aí agora como a gente fala com ela, dialoga, explica que é pro bem, ela cede assim [...] (ASB 8).

Como exposto nos depoimentos, torna-se explícita a importância do diálogo e do planejamento conjunto com os funcionários da escola, em contraposição à imposição de normas e à coerção como forma de pressão, intimidação e ameaça, que são atitudes que só prejudicam a relação entre ESB e escola.

Outros aspectos apontados pelos entrevistados que interferem na realização das atividades educativas foram: estrutura física inadequada nas Unidades de Saúde e nas escolas,

indicada por 41% dos sujeitos; e ausência de transporte para que os profissionais se locomovam aos diversos locais onde acontecem as ações, citada por 12%:

A dificuldade aqui no posto é a falta dos escovódromo né, porque aqui é uma casa, uma casa adaptada pra ser um posto, aí aqui o ideal seria, quando o paciente viesse, a gente pudesse fazer a palestra, fazer a escovação [...], porque não tem espaço, não tem local pra fazer a escovação [...], porque já em outro PSF, eu poderia, porque realmente era um PSF, e que lá a gente poderia levar o paciente pra dentro do banheiro e ensinar como é a escovação, [...] a dificuldade é mais a questão do espaço, e na escola às vezes falta também um espaço pra fazer a escovação, essas coisas assim, a gente procura um lugarzinho ali, aí dá uma palestra e faz a escovação [...], mas não tem um lugar certo pra gente [...] (ASB 3).

[...] Falta de espaço, falta de transporte pra a gente se locomover pra fazer o grupo, quando é nos lugares mais longe (ASB 5).

A dificuldade é o lugar adequado né, que não tem, por exemplo, nas escolas né, que a gente for fazer uma escovação não tem um lugar adequado, porque não tem escovódromo, [...] aqui a gente faz os grupos é dentro da sala da enfermeira mesmo né, é uma coisa muito apertada né [...], é uma coisa que deixa a desejar muito, a gente até queria fazer um trabalho melhor, mas não tem como né, a maior dificuldade é essa (ASB 7).

A dificuldade é espaço, falta de espaço na unidade, porque muitas vezes a gente formar um grupo fora da unidade é complicado, as pessoas não vão e um grupo na unidade as pessoas já estão ali procurando atendimento [...], aí é mais fácil de realizar, e lá a gente não tem estrutura, aí fica uma coisa muito superficial [...], a dificuldade maior é essa (CD 1).

O problema é o deslocamento, quando é feito próximo a casa deles, em outros locais onde tem os grupos, não tem como a gente ir [...] (CD 4).

Este fato da ausência de estrutura física adequada foi observado durante a coleta de dados, em uma atividade o local não era apropriado, ficava no meio de um corredor, na sala de espera de um consultório odontológico, com pessoas circulando, e muito barulho, o que dificultava o diálogo com os participantes. Além disso, alguns Centros de Saúde da Família do município foram construídos em locais onde anteriormente eram domicílios, então foram adaptados para que funcionassem como Unidades de Saúde, portanto, as salas são pequenas, os corredores são estreitos, e não se tem um espaço próprio para que se desenvolvam atividades educativas. Nas escolas também, o ideal seria se existissem escovódromos, que são estruturas construídas especificamente para a higiene bucal, pois, como os banheiros são pequenos e apertados, a escovação supervisionada é realizada, na maioria das vezes, nos pátios ou jardins, o que torna o ambiente insalubre e inapropriado para a recreação dos escolares, depois de realizadas as atividades.

Quanto ao deslocamento dos profissionais, é de responsabilidade da Secretaria de Saúde, para realização das mais diversas atividades que não ocorram nas Unidades, tanto visitas domiciliares, quanto ações educativas nos vários espaços sociais existentes. Os grupos

devem acontecer, prioritariamente, em locais mais próximos da residência dos participantes, possibilitando uma maior adesão dos mesmos.

Um sujeito apontou, como fator que dificulta a realização das atividades, a falta de apoio da Equipe de Saúde da Família:

A maior dificuldade é a falta de apoio da equipe, aqui é “cada um no seu quadrado”, ninguém se ajuda na unidade [...] (ASB 2).

Conforme já exposto na categoria “Educação em Saúde: em foco as atividades da Equipe de Saúde Bucal”, a atuação interdisciplinar e a articulação entre as equipes, é, para a ESB, um desafio a ser enfrentado na busca pela integralidade do cuidado e por ações mais efetivas de Educação em Saúde.

A carência de recursos materiais e a falta de tempo para confeccioná-los, também foram relatados, por 29% dos sujeitos, como fatores limitantes para a execução das ações educativas:

Falta de material é uma dificuldade [...] se tivesse material melhor a gente conseguiria trabalhar melhor [...] (CD 7).

[...] Outra dificuldade que eu acho também é a questão do material, da confecção do próprio material que a gente não tem, pra tá disponibilizando, às vezes a gente acaba fazendo essas roda de conversa por conta, de, às vezes não é nem tanto de não ter o material, é de disponibilizar tempo, porque a gente tem que sentar e programar e fazer o material, a gente às vezes acaba só fazendo a roda de conversa por não ter o material pronto, quando tinha acadêmicos a gente utilizava os acadêmicos pra fazer os materiais pra levar pros grupos, aí os acadêmicos nisso aí facilita muito (CD 1).

Em relação às rodas de conversa, são estratégias favoráveis para o desenvolvimento do processo educativo, na medida em que viabiliza o diálogo, a comunicação entre todos os participantes e os recursos materiais atuam, nesta situação, somente como acessórios, não seriam o próprio fim da atividade. Na categoria “Temáticas em Saúde Bucal Trabalhadas no Cotidiano da Equipe” foi discutido também que a ausência de recursos materiais não justificaria a não realização das atividades, visto que existem diversas formas de se construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade.

Desta maneira, se consegue a valorização dos saberes e da cultura dos usuários, favorecendo, também, a construção da autonomia destes sujeitos. Porém, é preciso que a Secretaria de Saúde invista nestas ações e as valorize, disponibilizando alguns recursos materiais e insumos mínimos, como cartolinas, pincéis, papel madeira, papel EVA, e outros, que são necessários para a construção em conjunto dos instrumentos educativos.

Outro aspecto mencionado também por 29% dos entrevistados foi a falta de tempo devido à insuficiência de recursos humanos, principalmente de profissionais cirurgiões-dentistas, como fator restrigente para a realização das ações educativas:

[...] A dificuldade é que a equipe não tá totalmente formada, só uma dentista, aí você fica sem poder sair [...], mas às vezes a gente tem as atividades aqui, aí a gente não pode tá saindo pra participar, é mais o tempo, porque a gente fica mais na clínica do que nessas atividades (CD 6).

[...] A dificuldade que eu vejo é falta de tempo porque a nossa equipe há muito tempo não tá coberta né [...], então fica complicado pra a gente tá saindo, é basicamente isso, acho que se a gente tivesse mais profissionais trabalhando, a gente conseguiria trabalhar melhor [...] (CD 7).

[...] Agora a dificuldade é mais o tempo mesmo, pra mim eu só tenho esses dois dias durante o mês, que é a especialização do doutor e só, é isso (ASB 8).

De acordo com as falas, o número insuficiente de profissionais faz com que a demanda da população por atendimento clínico dificulte a saída da ESB para a realização das atividades educativas. Segundo o Ministério da Saúde, por determinação da Portaria GM nº 673/2003, uma Equipe de Saúde Bucal deveria ser implantada para cada Equipe de Saúde da Família existente no município, em uma proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para cada 3.450 pessoas (BRASIL, 2003). No município de Sobral, conforme dados da coordenação de Saúde Bucal, das 39 ESB existentes, somente 12 se encontram na proporção considerada ideal, a maioria atuante nos distritos. Há, até mesmo, a grande disparidade de 1 ESB para mais de 11.000 habitantes. Assim, a quantidade insuficiente de equipes faz com que as ações ocorram com uma menor frequência, por pressão da comunidade, que exige o tratamento curativo em detrimento de ações de Educação em Saúde.

Um sujeito da pesquisa descreveu essa problemática, no seguinte depoimento:

Olha, a dificuldade às vezes, é o tempo mesmo, devido ao nosso trabalho exigir muito, muito atendimento clínico, devido à população mesmo, não gostar dessas atividades e achar que é perda de tempo e preferir que o dentista fique dentro do consultório, fazendo restauração, fazendo procedimentos curativos e não procedimentos educativos né, essa é a maior dificuldade, mas fora isso, assim, a escola colabora muito né, o gerente, a equipe de saúde da família também acha importante, incentiva, sempre me dispõe um horário quando eu preciso, me liberam né, pra eu poder tá realizando essas atividades, então a maior dificuldade é essa né, que as pessoas querem que a gente fique dentro do consultório né, eles querem utilizar a nossa mão de obra mais pra realizar o procedimento curativo e não procedimento educativo (CD 8).

OLIVEIRA e ALBUQUERQUE (2008), em uma pesquisa sobre a análise da ESF a partir das crenças dos seus prestadores de serviço, discutiram que as dificuldades de trabalho na ESF englobavam também uma sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda por

atendimento. Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de algumas equipes de saúde da família apontam para números de atendimentos superiores, com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas. Isto representa, ao menos em tese, um número até 10 vezes maior se comparado ao número de famílias atendidas pelas equipes em Cuba, e oito vezes superiores à quantidade de pessoas que os médicos das famílias canadenses são responsáveis, países em que esta estratégia de saúde se mostrou eficaz.

Em um estudo de LOURENÇO e cols. (2009), foi visto que, embora a relação entre equipe de saúde bucal/habitante estivesse dentro das recomendações, percebeu-se nos relatos dos cirurgiões-dentistas que a demanda era excessiva, com predominância das ações curativas, não sobrando tempo para outras atividades, eram muitas ações a serem realizadas por um único cirurgião-dentista, responsável por um número grande de pessoas. Além disso, alguns profissionais relataram que o município ainda mantinha a relação de 1 ESB/2ESF. A necessidade curativa não permitia atender na filosofia da prevenção e promoção da saúde.

HORTA e cols. (2009), também abordaram que os profissionais, muitas vezes, justificavam a dificuldade de concretização das práticas de promoção da saúde pela sobrecarga de trabalho voltado ao plano terapêutico, pela demanda excessiva, pelo insuficiente número de profissionais e até mesmo pela resistência dos usuários.

Somando-se a esta problemática da sobrecarga das equipes, tem-se o fato de que, durante muitos anos, os cirurgiões-dentistas, mesmo os que atuavam em serviços públicos, permaneceram afastados da comunidade, limitando-se a procedimentos individuais e curativos. Esta situação deve-se, provavelmente, à própria formação acadêmica, que, ainda hoje, é majoritariamente tecnicista e voltada para o atendimento clínico, “entre quatro paredes”. A proposta da ESF é justamente o contrário, trazer a ESB para mais próximo da comunidade, aumentar o vínculo entre ESB e famílias, promover ações coletivas mais abrangentes, que não se limitem somente à área bucal. Isto provoca um estranhamento dos usuários, e, algumas vezes, até dos próprios profissionais de saúde, que resistem na execução destas atividades, na mudança de paradigma. Para CHAVES e SILVA (2007), determinadas escolhas eram compreensíveis na medida em que seria normal para o campo uma maior ênfase em atividades profissionais mais relacionadas com a própria identidade profissional.

Os usuários, devido ao próprio histórico da profissão, não estão habituados a verem as ESB em atividades educativas, fora do consultório odontológico, e, muitas vezes, não entendem qual a finalidade de estarem ali. Este estranhamento pelos usuários pode ser

provocado, também, pela maneira/forma como as atividades são realizadas, por não se identificarem.

Sobre a visão que povoa o imaginário das pessoas, e que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista, GONÇALVES e RAMOS (2010) apontaram que um profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando na sua cadeira, atendendo pacientes, não estaria correspondendo ao que é esperado dele. A inserção dos profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório – atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF – ainda causa estranheza e desconfiança. Esses sentimentos se manifestam tanto entre os integrantes das Equipes de Saúde da Família como na própria comunidade atendida, representando, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive.

Considerando este contexto, é fundamental que, além de uma ampliação do número de ESB nos territórios, os profissionais divulguem o seu processo de trabalho, mostrem a relevância das atividades educativas, como também, revejam suas práticas, e as estratégias adotadas, de modo que os usuários se tornem co-partícipes do processo. Assim, possivelmente, a população passaria a reconhecer a importância destas ações e atribuí-las valor.

Em um depoimento um profissional atribuiu, ainda, a falta de cooperação dos pacientes, como fator dificultador para a execução das ações:

As dificuldades que a gente tem mais é assim, porque nem todos pacientes eles trazem a escova, porque quem mora em periferia assim, nem todos tem condições financeira né [...] (ASB 6).

Neste caso, a dificuldade não seria na realização da atividade propriamente dita, mas na escovação supervisionada após a instrução de higiene oral que ocorre nas atividades. Este relato demonstra, novamente, que as atividades se dão, essencialmente, através de palestras, que têm como tema principal a higienização bucal.

Enfim, apesar da maioria dos entrevistados ter mencionado diversos desafios na realização das atividades de Educação em Saúde, alguns poucos sujeitos, em torno de 12%, consideraram o contrário, que não visualizam dificuldades na execução das ações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imersão da pesquisadora no universo da investigação permitiu a análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal que estão inseridas na ESF do município de Sobral. Foram encontrados conceitos sobre Educação em Saúde e referenciais teórico-metodológicos que orientam as práticas educativas das ESB. Compreendeu-se como se dá todo o processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação destas atividades, assim como também, quais as temáticas trabalhadas e de que maneira são selecionadas. Foi possível conhecer as mudanças comportamentais da comunidade, em relação à saúde bucal, que os sujeitos do estudo percebem, após a realização destas ações. Apreendeu-se, ainda, quais os desafios enfrentados cotidianamente pelas ESB nas práticas de Educação em Saúde.

Notou-se que o referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações e na superposição de saberes, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo. Porém, alguns poucos sujeitos da pesquisa mostraram uma percepção de Educação em Saúde mais abrangente, que se aproxima do Modelo Dialógico ou da Educação Popular, envolvendo o diálogo, a troca de experiências e o “aprender/estar com o outro”. Observou-se também que, a aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde pode constituir-se em um grande desafio para as ESB, visto que muitos profissionais podem não possuir conhecimento sobre esse modelo, e não terem vivenciado momentos educativos baseados nesta metodologia.

Sobre o processo de planejamento e desenvolvimento, as atividades que têm como público-alvo os escolares são planejadas, na maioria das ocasiões, somente entre a ESB, não há uma sistematização para todo o município, acontecendo de maneira bastante variada entre as equipes, e, estão condicionadas e são orientadas por um programa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, o PSE. Nota-se que a integração entre ESB e equipe de saúde da família, no que diz respeito às atividades para escolares, é um processo ainda em construção, não estando consolidado na ESF.

Já as atividades que têm como público-alvo os grupos existentes nas UBS, em relação ao seu planejamento, também não possuem uma sistematização, ocorrem de forma pontual nas equipes, acontecendo com uma frequência bem menor do que as realizadas para

escolares, e, são planejadas juntamente com toda a equipe de saúde da família. Foram relatadas, também, práticas educativas em momentos informais da relação usuário-profissional, como em atendimentos clínicos e visitas domiciliares. O componente avaliação não foi citado pelos entrevistados como uma das fases do processo de desenvolvimento das atividades educativas.

No que se refere às temáticas trabalhadas, variam de acordo com a faixa etária e condição de vida de cada grupo e os assuntos restringem-se a temas relacionados somente com a área da odontologia. Infere-se que há possibilidades da escolha das temáticas das atividades para grupos ser estabelecida apenas entre a equipe de saúde, sem que haja a participação da comunidade. As estratégias adotadas são predominantemente palestras expositivas; outros recursos audiovisuais, e técnicas como teatros, fantoches também foram expostos, mas como ações pontuais. A compreensão de participação da comunidade que a maioria dos profissionais detém refere-se apenas ao esclarecimento de dúvidas e questionamentos dos usuários. Não há o estímulo ao desenvolvimento da autonomia e ao empoderamento da população.

As mudanças comportamentais da comunidade, em relação à saúde bucal, percebidas pelos sujeitos do estudo, após a realização destas ações foram: uma melhor higienização bucal, uma maior conscientização da população sobre a importância da saúde bucal, uma maior adesão ao tratamento odontológico, e uma diminuição no índice de cárie, no público dos escolares. Alguns entrevistados não observam mudanças favoráveis nas condições de saúde bucal dos usuários, mesmo após estarem realizando há muito tempo atividades de Educação em Saúde. Constatou-se uma postura de culpabilização da comunidade, por parte de um profissional, que desconsiderou os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Quanto aos desafios encontrados no processo de realização das ações educativas, os profissionais relataram: falta de apoio nas escolas, estrutura física inadequada nas escolas e nas Unidades de Saúde, ausência de colaboração da equipe de saúde da família, carência de recursos materiais, e quantidade insuficiente de recursos humanos. Reparou-se que alguns sujeitos do estudo demonstraram posturas autoritárias e impositivas no desenvolvimento das atividades. Contudo, a maioria possui atitudes acolhedoras e afetivas com o público-alvo. Alguns poucos entrevistados informaram que não possuem dificuldades em suas práticas de Educação em Saúde.

O processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a formação acadêmica dos profissionais, os programas Ministeriais, com seus protocolos e metas, os aspectos estruturais e as concepções acerca da Educação em Saúde confluem para a organização de um

processo de trabalho que privilegia o Modelo Tradicional de Educação, e que faz com que este permaneça hegemônico nas práticas atuais. O estudo permitiu concluir que os profissionais encontram-se frente a desafios que dificultam a consolidação de um novo modelo tecnoassistencial em saúde. A excessiva demanda espontânea e o insuficiente número de profissionais configuram-se como um desafio para a realização de ações de Educação em Saúde.

Portanto, é preciso que a Gestão da Saúde amplie o número de ESB e valorize as ações educativas, estimulando o seu desenvolvimento, nos diversos cenários e espaços sociais existentes, e não somente em escolas, fornecendo, também, insumos materiais para a sua realização. Nota-se a necessidade de reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas educativas no cotidiano dos serviços, de forma conjunta, envolvendo os diversos atores e setores implicados. O trabalho na ESF requer uma atuação intersetorial e integrada de toda a equipe, que busque a troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções.

É fundamental, também, que as ESB revejam suas práticas, e as estratégias utilizadas, realizando avaliações periódicas, assim, a Educação em Saúde poderia se consolidar como um instrumento efetivo a serviço da Promoção da Saúde.

Para tanto, seria necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, desde a graduação, e em nível técnico também, que considerassem a educação popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. Para que as ESB possam usar a educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é importante que ela seja utilizada como norteadora das Educações Permanentes dos trabalhadores da saúde.

Por fim, acredita-se que este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a Educação em Saúde, baseado em relações dialógicas, no envolvimento, no respeito e na valorização do saber popular.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface- Comun. Saúde Educ.**, v. 8, n. 15, p.259-274. 2004.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao individual e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325. 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**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52. 2005.
- ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comun. Saúde Educ.**, v. 10, n. 19, p. 131-147. 2006.
- AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 869-878. 2010.
- ANDRADE, L. O. M. e cols. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**, Sobral, ano V, n. 1, p. 9-20, jan./fev./mar. 2004.
- ANJOS, F. S. e cols. Equipes de Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios. **Cienc. Cuid. Saúde**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 601-607, jul./set. 2011.
- ANTUNES, M. J. M.; SHIGUENO, L. Y. O.; MENEGHIN, P. Métodos Pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: Revisão Bibliográfica. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.33, n.2, p. 165-174, jun. 1999.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227. 2006.
- BACKES, V. M. S. e cols. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Goiânia, v. 61, n. 6, p. 858-865, nov.-dez. 2008.
- BASTOS, N. M. G. **Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Fortaleza: Nacional, 2004. 102 p.
- BEHRENS, M. A. A prática pedagógica e o desafio do paradigma emergente. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 80, p. 383-403. 1999.
- BESEN, C. B. e cols. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan.-abr. 2007.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos** CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro, org.), Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN, 1999. p. 261-268.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196/96 - CNS. Brasília, 1996. 9 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Meio Ambiente, Saúde**. Brasília, 1997a. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1997b. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Equipes de Saúde Bucal: Série C-Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília, 2002. 22 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica-PAB. Brasília, 2003. 2 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica- Saúde Bucal**. Brasília, 2006a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde**. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, 2006b. 59 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**, Portaria/GM n.º 399 de 22 de fevereiro, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. 155 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 63 p.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Passo a Passo- PSE- Programa Saúde na Escola- Tecendo caminhos da intersectorialidade**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011. 46 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196/96- versão 2012. Brasília, 2012a. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012b. 108 p.

BRITO, M. E. M. e cols. Educação em Saúde com Pré-adolescentes de uma Escola Pública no município de Fortaleza – CE. **DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.**, Fortaleza, v. 20, n. 3-4, p. 190-195. 2008.

CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set/out. 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Uberaba, v. 16 (Supl. 1), p. 1547-1554. 2011.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Fortaleza, v. 12, n. 24, p. 153-67, jan./mar. 2008.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 12, n. 6, p. 1697-1710. 2007.

CORDEIRO, H. A.; MINAYO, C. S. **Saúde: Concepções e políticas públicas**. In: Saúde, Trabalho e Formação Profissional (A. A. Amâncio Filho & M. C. G. Moreira, org.). 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997. 135 p.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 257-263. 2010.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 15, p. 1643-1652. 2010.

FIGUEIRA, M. C. S.; LEITE, T. M. C.; SILVA, E. M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 414-419, mai.-jun. 2012.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987. 107 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura). 54 p.

_____. **Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar.** São Paulo: Editora Olho d'Água, 1997. 84 p.

_____. **Política e Educação: ensaios.** 5. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2001a. (Coleção Questões de Nossa Época). 57 p.

_____. **Extensão ou Comunicação.** 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001b.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 44^a. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GARBIN, C. A. S. e cols. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Revista da Abeno**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 6-10. 2006.

GARCIA, P. P. N. S. e cols. Educação em Saúde: Efeito de um Método de Auto-Instrução Sobre os Níveis de Higiene Oral em Escolar. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 333-337, set./dez. 2009.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

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

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 301-314, abr./jun. 2010.

HORTA, N. C. e cols. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul.-ago. 2009.

JUNGES, J. R. e cols. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4327-4335. 2011.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da Saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na Atenção Primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S9-S19. 2012.

KWAN, S.; PETERSEN, P. E. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. **Community Dental Health**, v. 21, p. 319-329. 2004.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

LOURENÇO, E. C. e cols. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1367-1377. 2009.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 222 p.

MACHADO, M. F. A. S. e cols. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 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. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 174-179. 2009.

MAGALHÃES, A. C. e cols. Estratégias educativo-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Odontologia Clínica Científica**, v. 3, n. 8, p. 245-249. 2009.

MEC (Ministério da Educação e Cultura). A tradição pedagógica brasileira. In: **Parâmetros Curriculares Nacionais** (MEC, org.), p. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC. 1997.

MENDES, F. I. R.; VIANA, R. S. A Percepção dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, n. 1, ano VI, p. 19-28, jan./jun. 2005.

MIALHE, F. L.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4425-4432. 2011.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1555-1561. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S.; CRUZ NETO, O.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 108 p.

MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; MACHADO, M. H. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de Odontologia sobre o Agente Comunitário de Saúde em Saúde Bucal. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 39, p. 1085-95, out./dez. 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. **Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

NUNES, J. M. e cols. A Participação de Agentes Comunitários de Saúde em Grupo de Educação em Saúde. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1084-1091. 2012.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: Uma Análise a Partir das Crenças dos seus Prestadores de Serviço. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 237-246. 2008.

PARESQUE, M. A. C. e cols. A atenção em saúde bucal e a operacionalização das suas práticas na Estratégia em Saúde da Família a partir da Residência Multiprofissional no município de Sobral- CE. **SANARE**, Sobral, v. 8, n. 2, p. 73-82, jul./dez. 2009.

PATRICÍO, A. A. R. **Impacto do Programa de Saúde da Família sobre os indicadores de Saúde Bucal na população de Natal- RN**. 2007. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

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.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set-out. 2003.

PEREIRA, A. P. C. M.; SERVO, M. L. S. A Enfermeira e a Educação em Saúde: Estudo de uma Realidade Local. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

PEREIRA, C. R. S. e cols. Impacto da Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996. 2009.

PEREIRA, E. G. e cols. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 6, p. 1072-1079. 2007.

PEREIRA, Q. L. C. e cols. Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2007.

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

PIMENTEL, F. C. e cols. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S146-S157. 2012.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1825-1832. 2012.

PONTES, N. S. T. **Processo de trabalho em saúde bucal e necessidade de educação permanente: a experiência do PSF no município de Petrópolis**. 2007. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RAMPASO, D. A. L. e cols. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 783-785, jul.-ago. 2011.

REIS, C. M. R.; GUIMARÃES, M. A. A participação popular como instrumento da organização da atenção em saúde bucal. **SANARE**, Sobral, n. 1, p. 29-36, jan./jun. 2005.

ROCHA, E. C. A; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **RAP- Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, mar./abr. 2009.

ROCHA, P. D.; BRANDÃO, I. R. A relação do cirurgião-dentista de saúde da família com a comunidade em Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2005.

RODRIGUES, A. A. A. O. e cols. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 695-709, jul./set. 2011.

SANTOS, M. E. M. **Odontólogos e suas noções sobre educação em saúde bucal**. 2005. Dissertação. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, S. F.; CAMPINAS, L. L. S. L.; SARTORI, J. A. L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 109-119. 2010.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1453-1462. 2009.

SILVA, C. P. e cols. Educação em Saúde: Uma revisão histórico-crítica com enfoque no município de Sobral – CE. **SANARE**, Sobral, v. 9, n. 2, p. 29-37, jul./dez. 2010.

SILVA, R. D. e cols. Mais que Educar... Ações Promotoras de Saúde e Ambientes Saudáveis na Percepção do Professor da Escola Pública. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2011.

SOARES, C. H. A. e cols. Sistema Saúde Escola de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 7-13, jul./dez. 2008.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria de Saúde e Ação Social. Coordenação de Saúde Bucal. **Guia de Trabalho para Diagnóstico de Situação, Planejamento e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde Bucal**. Sobral, 2007. 67 p.

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

SPINK, M. J., organizadora. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr.-jun. 2007.

TURRIONI, A. P. S. e cols. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1841-1848. 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

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

VERGARA, S. C. **Métodos de Coleta de Dados no Campo**. São Paulo: Atlas, 2009. 98 p.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Tendências da Produção do Conhecimento na Educação em Saúde no Brasil. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) Profissional, você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubricue todas as folhas e assine ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas por este, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE SOBRAL-CE.

Janice Dávila Rodrigues Mendes (mestranda)- janicedavila@hotmail.com
CibellyAliny Siqueira Lima Freitas (orientadora)-cibellyaliny@gmail.com

Esta proposta de pesquisa tem por meta a análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará, considerando os pressupostos da Educação Popular de Paulo Freire. A Educação em Saúde Bucal engloba ações que têm por finalidade a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, possibilitando ao usuário uma mudança de hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia. Considerando esta realidade e contexto, o **objetivo geral** desta proposta será analisar as atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal em Sobral-CE.

Sua participação na pesquisa ocorrerá em dois momentos: durante as entrevistas e no processo de observação simples, durante a realização das atividades educativas.

Durante a entrevista e a observação simples suas ideias estarão sendo gravadas. A princípio, os **riscos** relacionados à pesquisa serão de caráter intelectual, por constrangimento, caso os participantes se sintam incomodados com a perspectiva de responderem as questões e serem observados durante a realização das atividades educativas. Gostaria de informá-lo que a pesquisadora fará de tudo para evitar pressão para respostas, o julgamento das respostas, o menosprezo das informações repassadas, o uso de termos pejorativos ou expressões não politicamente corretas. É importante também que você se sinta livre para o uso da palavra com sugestões e correção de conteúdos apresentados pela pesquisadora.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados a:

1. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade acadêmica e em especial para o Sistema de Saúde de Sobral. Além de concorrer para a melhoria da atenção à saúde bucal da população, servindo como norteador para o planejamento e a realização das ações de promoção da saúde bucal pelas equipes de saúde bucal que compõem a assistência odontológica do município, congruindo para uma melhoria da assistência prestada e, assim, da qualidade de vida das pessoas; 2. Suscitar reflexões sobre como os cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal estão realizando as ações educativas de saúde bucal, para que estes se sensibilizem e conheçam melhor a sua forma de atuação, a fim de possibilitar uma reorientação destas práticas.

O percurso metodológico que torna possível o aproveitamento de suas reflexões na pesquisa realizada é de natureza qualitativa, numa abordagem sistêmica, que não produz dados estatísticos em suas análises, embora possa usar dados quantificados de outras pesquisas como uma complementaridade a seus resultados. Ou seja, os dados coletados não sofrem processos estatísticos porque o objetivo deste tipo de pesquisa é a organização de conceitos e teorias a partir das experiências, comportamentos, emoções e sentimentos que você irá nos passar via entrevista e observação participante. Nesse sentido, a sua contribuição é extremamente valiosa e será o ápice da pesquisa. A análise dos dados será interpretativa, com a pesquisadora, confrontando as informações coletadas com os objetivos da proposta, classificando-as, se necessário, e interpretando a luz de referencial teórico pertinente ao tema e subtemas que emergem na investigação.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa de dissertação da mestranda Janice. Para este evento você receberá comunicado e convite a se fazer presente. Garantimos que durante esta divulgação dos resultados seu nome será resguardado e, a não ser que deseje, não se fará menção ao seu nome, curso do qual faz parte, unidade básica de saúde que atue, ou outros dados que o identifiquem.

Finalmente, que você entenda que a sua participação é livre e que a retirada de seu nome como informante não implicará em nenhum prejuízo nas relações profissionais e / ou pessoais que mantemos em nossa instituição. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração por sua participação. Obrigada!

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no meu trabalho.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisador Responsável: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES- ENTREVISTA

1) CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Código:

UBS:

2) ENTREVISTA

2.1 Qual a sua percepção sobre Educação em Saúde?

2.2 Como as atividades de Educação em Saúde (mensal, semestral, anual) são planejadas? Como se dá a participação da ESF no planejamento?

2.3 Com que frequência estas atividades são realizadas? Qual o público-alvo (escolares, grupos existentes na UBS etc...)?

2.4 Quais as temáticas trabalhadas nestas atividades de educação em saúde? De que forma são escolhidas estas temáticas?

2.5 Quais estratégias adotadas nas ações de educação em saúde (palestras, teatros, fantoches, vídeos)?

2.6 Na sua opinião, você já percebeu alguma mudança nos hábitos e atitudes dos participantes após a realização destas atividades? Quais foram?

2.7 Quais dificuldades você encontra ou já encontrou para realizar estas atividades?

2.8 Como é a participação da comunidade nas atividades de educação em saúde em relação às temáticas trabalhadas?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO SIMPLES – CHECKLIST

1. CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.1 UBS=

1.2 Código=

1.3 Público-alvo=

1.4 Local da atividade=

2. CHECK LIST

2.1 O profissional mostra-se interessado em construir o conhecimento com o grupo ou já traz ideias e temas prontos?

2.2 O profissional toma como ponto de partida os saberes prévios do grupo sobre aquele determinado assunto?

2.3 Existe espaço para o diálogo e o estímulo à participação do público-alvo?

2.4 Há um respeito à opinião dos participantes? O profissional ouve com atenção as dúvidas e sugestões da comunidade?

2.5 Há uma valorização da cultura e costumes locais por parte dos profissionais?

2.6 O profissional possui uma postura acolhedora e afetiva com o público-alvo?

2.7 Há um estímulo para a construção da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo?

2.8 O profissional estimula nos participantes uma visão crítica da realidade?

2.9 Ao final, realiza-se uma avaliação da atividade em conjunto com os participantes, ouvindo suas opiniões e sugestões?

A N E X O S

ANEXO A – DECLARAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DE SOBRAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL SECRETARIA DA SAÚDE COMISSÃO CIENTÍFICA

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 018/2013

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa de dissertação intitulado **“Educação em Saúde: Percepções e práticas das equipes de Saúde Bucal de Sobral-CE”**, desenvolvido por Janice Dávila Rodrigues Mendes, sob orientação da Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, e na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar o acesso aos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que atuam no Sistema Saúde de Sobral, mediante pactuação entre pesquisadora e os profissionais em relação a escolha do local, dia(s) e horário(s) para realização das entrevistas, salvaguardando os horários das atividades agendadas. Fica autorizado também o acesso aos serviços de saúde bucal para realização das observações de campo.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos profissionais, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 06 de agosto de 2013

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECERCONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE SOBRAL-CE

Pesquisador: Janice Dávila Rodrigues Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22237213.4.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.588

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com o objetivo de analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará. A pesquisa classifica-se em exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Os critérios de inclusão dos cirurgiões-dentistas e suas auxiliares para participação na pesquisa serão: aqueles que estão há mais de um ano na Estratégia Saúde da Família no município; que aceitem participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; um representante de cada UBS; atuantes na sede do município e em três distritos que localizarem-se mais próximos geograficamente da sede e com maior número de habitantes, compreendendo ao todo 20 participantes. As técnicas de coleta de dados serão a entrevista semiestruturada e a observação simples. Na análise dos dados será utilizado o método de Análise de Discurso.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará. Objetiva, ainda: Desvelar a percepção dos odontólogos sobre educação em saúde; Conhecer de que maneira são selecionadas as temáticas trabalhadas nas ações de educação em saúde realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal; Descrever o processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de educação em saúde realizadas pelas Equipes

de Saúde Bucal; Identificar o referencial teórico-metodológico orientador das práticas educativas em saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece risco significativo aos participantes. Os benefícios será a apresentação das reflexões sobre como os cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal estão realizando as ações educativas de saúde bucal, podendo contribuir para sensibilização destes e uma possível reorientação destas práticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é justificável, possui temática relevante, apresenta objetivos claros e metodologia coerente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes, bem redigidos e adequados.

Recomendações:

Recomendamos o encaminhamento do Relatório de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O desenvolvimento do projeto pode ser recomendado, uma vez que este não apresenta pendências ou inadequações relevantes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e apreciação do projeto de pesquisa o Colegiado do CEP considerou-o APROVADO, devendo o pesquisador atentar para as recomendações.

SOBRAL, 27 de Novembro de 2013

Assinado por:

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)