



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÓRIA LEOPOLDO LIMA DE ALENCAR GOMES**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO  
DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM UMA UNIDADE DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.**

**FORTALEZA**

**2022**

SÓRIA LEOPOLDO LIMA DE ALENCAR GOMES

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA  
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM UMA UNIDADE DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Família, da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Federal do Ceará. Área de concentração:  
Educação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José  
Monteiro Ferreira.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

G617e Gomes, Sória Leopoldo Lima de Alencar.

A educação em saúde bucal como estratégia para a promoção da integração ensino-serviço-comunidade em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE / Sória Leopoldo Lima de Alencar Gomes. – 2022.

138 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 610

---

SÓRIA LEOPOLDO LIMA DE ALENCAR GOMES

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA  
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM UMA UNIDADE DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Família da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Federal do Ceará.

Área de concentração: Educação em  
Saúde

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira(Orientador)  
Universidade Federal do Ceará(UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kelen Gomes Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará(UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Karine Macedo Teixeira  
Universidade Federal do Ceará(UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiane do Amaral Gubert  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me fortalecer em todos os momentos e me guiar pelos melhores caminhos.

À minha mãe, por tanto... Tem tanto de você nessa conquista!

Ao meu pai (in memoriam), por todo amor dedicado a mim, à nossa família e ao próximo durante sua curta jornada nesse plano. Saudades...

Aos meus irmãos Mara, Emerson e Robéria por me inspirarem e por sempre torcerem por mim.

Ao meu marido Maximiano por me apoiar e caminhar ao meu lado nessa jornada e pela vida.

Ao meu filho Mateus, por entender minhas ausências e por sua alegria diária tornando tudo mais leve.

À minha prima Pollyanna Martins, pela ajuda quando tudo ainda era só um sonho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo Ferreira por me apresentar o universo da pesquisa-ação e por todos os ensinamentos e conhecimentos partilhados em prol de uma sociedade mais justa e equânime. Meu muito obrigada!

Às minhas amigas Raquel e Ana Cecília por todo companheirismo e incentivo nessa caminhada.

À toda equipe de trabalho e aos usuários da UAPS Anísio Teixeira pelas contribuições e auxílio no desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao meu querido grupo de pesquisa, por todas as trocas e aprendizado. Gratidão!

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire.

## RESUMO

Objetiva-se fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade a partir do desenvolvimento de ações de educação em saúde pelas Equipes de Saúde Bucal com vistas à integralidade da atenção em uma Unidade Primária de Saúde do Município de Fortaleza. Foi adotada a metodologia da pesquisa-ação com a constituição de um grupo de pesquisa com um total de 16 pessoas. A formação desse grupo está alinhada ao referencial teórico do quadrilátero da formação em saúde e assim contamos com representantes da gestão, ensino, serviço e de usuários do SUS. A coleta do material empírico foi realizada através de uma observação participante na UAPS, conversas com informantes-chaves para obtenção de mais informações sobre a realidade e com a execução de oficinas ou seminários com o grupo de pesquisa utilizando perguntas norteadoras de discussão. Para promover a análise do material qualitativo, utilizamos a Análise do Discurso pois acreditamos que essa consiste na mais apropriada para a análise do nosso objeto. Essa pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde já que se trata de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. Como resultados, destacou-se que o diagnóstico situacional possibilitou a identificação das principais necessidades em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal. Constatou-se que a elaboração e implementação de um plano de ação para os problemas identificados permitiu o envolvimento dos diversos componentes do quadrilátero da formação em saúde na promoção das atividades educativas. A construção de linhas de cuidado para os grupos identificados teve como finalidade ampliar o cuidado na direção da integralidade da atenção. Detectou-se que diversas ferramentas da saúde coletiva são capazes de auxiliar o desenvolvimento das ações educativas e a operacionalização das linhas de cuidado. Conclui-se que a Educação em Saúde se constitui em um vetor capaz de aproximar serviço e ensino à realidade socio sanitária dos territórios e às necessidades em saúde da população favorecendo uma maior integração entre ensino, serviço e comunidade.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This project aims to strengthen the teaching-service-community integration from the development of health education actions by the Oral Health Teams with a view to comprehensive care in a Primary Health Unit in the city of Fortaleza. The action research methodology was adopted with the constitution of a research group with a total of 16 people. The formation of this group is aligned with the theoretical framework of the quadrilateral of health education and thus we have representatives from the management, teaching, service, and users of the Unified Health System (SUS). The collection of empirical material was carried out through participant observation at the UAPS, conversations with key informants to obtain more information about the reality and with the execution of workshops or seminars with the research group using guiding questions for discussion. To promote the analysis of qualitative material, we use Discourse Analysis because we believe that this is the most appropriate for the analysis of our object. This research was developed within the parameters contained in resolution 466/2012 of the National Health Council since it is a research involving the participation of human beings. As a result, it was highlighted that the situational diagnosis made it possible to identify the main health needs aimed at the promotion and prevention of oral health. It was found that the elaboration and implementation of an action plan for the identified problems allowed the involvement of the different components of the quadrilateral of health education in the promotion of educational activities. The construction of lines of care for the identified groups aimed to expand care in the direction of comprehensive care. It was found that several collective health tools can help the development of educational actions and the operationalization of lines of care. It is concluded that Health Education constitutes a vector capable of bringing service and teaching closer to the socio-sanitary reality of the territories and to the health needs of the population, favoring greater integration between teaching, service and community.

**Keywords:** Health education. Oral Health. Primary Health Care. Family Health Strategy.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Imagem do quadrilátero .....	33
<b>Figura 2</b>	Mapa do território .....	45
<b>Figura 3</b>	Etapas da análise das falas .....	55
<b>Figura 4</b>	Foto visita à Universidade de Fortaleza .....	58
<b>Figura 5</b>	Foto da visita exploratória ao território da pesquisa .....	59
<b>Figura 6</b>	Foto UAPS Anísio Teixeira .....	60
<b>Figura 7</b>	Foto da Associação dos Moradores .....	60
<b>Figura 8</b>	Foto do seminário inicial .....	80
<b>Figura 9</b>	Foto grupo de pesquisa .....	81
<b>Figura 10</b>	Foto momento da validação do material educativo .....	86
<b>Figura 11</b>	Foto Oficina para construção do material educativo .....	86
<b>Figura 12</b>	Foto atividade educativa na Escola Municipal Prof. Anísio Teixeira .....	87
<b>Figura 13</b>	Fluxograma: Proposta de construção das Linhas de Cuidado .....	90

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Fases da pesquisa-ação .....	47
<b>Quadro 2</b>	Descrição dos seminários .....	51
<b>Quadro 3</b>	População residente na área adscrita a UAPS Anísio Teixeira por grupos de faixa etária e sexo .....	65
<b>Quadro 4</b>	Plano de ação .....	81

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição de gestantes por número de consultas de pré-natal de janeiro a julho de 2021 na UAPS Anísio Teixeira ....	69
------------------	--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CN	Classificação de Necessidades
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DDS	Determinantes Sociais da Saúde
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HP	Hermenêutica de Profundidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-B	Índice de Desenvolvimento Humano dos Bairros
IESC	Integração Ensino-Serviço-Comunidade
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SDE	Secretaria de Desenvolvimento Humano
SEGER	Secretaria Municipal de Gestão Regional
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA .....	20
2.1	Educação em saúde.....	20
2.1.1	<i>Aspectos históricos e conceituais da educação em saúde no cenário brasileiro.....</i>	22
2.1.2	<i>Educação Popular em Saúde.....</i>	24
2.2	A integração ensino-serviço-comunidade e as novas diretrizes curriculares nacionais (DCN).....	27
2.2.1	<i>A figura do preceptor na dinâmica da integração ensino-serviço-comunidade.....</i>	30
2.2.2	<i>O quadrilátero da formação para a área da saúde.....</i>	32
2.2.3	<i>E qual é o papel da comunidade?.....</i>	34
2.3	Saúde Bucal no SUS .....	35
3	OBJETIVOS.....	40
3.1	Objetivo Geral .....	40
3.2	Objetivos Específicos.....	40
4	METODOLOGIA .....	41
4.1	O território da pesquisa .....	42
4.2	Sujeitos da Pesquisa .....	46
4.3	Fases da pesquisa-ação .....	46
4.4	Aspectos éticos da pesquisa .....	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	57
5.1	Passos iniciais para a formação do grupo de pesquisa e o reconhecimento do território .....	57
5.2	Pondo a mão na massa e o pé no chão: tópicos para análise e discussão .....	62
5.2.1	<i>Diagnóstico situacional e as principais necessidades em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.....</i>	62

5.2.1.1	<i>Determinantes Sociais em Saúde e a compreensão do processo saúde-doença em um contexto de vulnerabilidade social.....</i>	62
5.2.1.2	<i>Identificando as necessidades em saúde, os problemas e suas possíveis causas.....</i>	64
5.2.1.3	<i>Processos de trabalho em equipe na UAPS Anísio Teixeira e o desenvolvimento de ações de educação em saúde.....</i>	70
5.2.1.4	<i>Rede de equipamentos sociais e serviços e as ações de educação em saúde bucal .....</i>	77
<b>5.2.2</b>	<b><i>Plano de ação para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e a proposta de construção de linhas de cuidado envolvendo o quadrilátero de formação para a área da saúde.....</i></b>	<b>79</b>
5.2.2.1	<i>Plano de ação para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal.....</i>	79
5.2.2.2	<i>Linhas de cuidado em saúde bucal para o público de escolares, gestantes, idosos e para pacientes acamados que necessitam de visita domiciliar envolvendo o quadrilátero de formação para a área da saúde.....</i>	89
<b>5.2.3</b>	<b><i>Ferramentas da Saúde Coletiva que auxiliam o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal....</i></b>	<b>109</b>
5.2.3.1	<i>Planejamento, monitoramento e avaliação.....</i>	109
5.2.3.2	<i>Práticas dialógicas .....</i>	110
5.2.3.3	<i>Interprofissionalidade e Intersetorialidade .....</i>	111
5.2.3.4	<i>Participação comunitária e controle social .....</i>	113
5.2.3.5	<i>Formação para a área da saúde: IESC e Educação Permanente.....</i>	114
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>117</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>118</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>129</b>
<b>Apêndice B – Roteiro para entrevista com informantes-chaves.....</b>	<b>132</b>
<b>Apêndice C – Parâmetros a obedecer na observação participante na UAPS.....</b>	<b>133</b>
<b>Apêndice D – Roteiro de perguntas norteadoras do seminário- problematização.....</b>	<b>134</b>
<b>Apêndice E – Orçamento.....</b>	<b>136</b>
<b>Apêndice F – Cronograma.....</b>	<b>137</b>
<b>Anexo A- Declaração de Anuência.....</b>	<b>138</b>



## 1 – INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se em 1990 após a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90. A partir de então, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, incorporando os princípios da universalidade, integralidade, participação da comunidade e descentralização (CASTRO *et al.*, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, enfatiza a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB) e a necessidade de se garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos. Considera ainda que a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição necessária para que se atinja resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (BRASIL,2017).

Para Machado *et al.*(2007), entende-se a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade ao considerar o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste escopo, as ações de educação em saúde podem ser um elemento produtor de um saber coletivo que produz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

As ações de educação em saúde são essenciais como direito de cidadania e melhoria na qualidade de vida (SILVA;CARCERERI;AMANTE,2017). Nesse âmbito, apresenta-se a Educação Popular em Saúde (EPS), baseada na concepção freiriana, como uma educação libertadora e dialógica que valoriza a diversidade, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico, iniciando a partir do saber anterior da população (FERREIRA,2014).

No campo da saúde bucal, a inserção da Equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou a criação de um espaço propício de práticas e relações para reorientação do processo de trabalho, bem como a própria atuação do cirurgião-dentista no âmbito dos serviços de saúde, na perspectiva da

saúde bucal coletiva (RODRIGUES; ASSIS, 2009; SOUZA; RONCALLI, 2007). Para tanto, o cuidado em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que dê respostas às demandas da população no intuito de ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde bucal, seja em caráter coletivo ou individual, através do estabelecimento de vínculo territorial (NARVAI; FRAZÃO, 2008; SANTOS; ASSIS, 2010).

Ademais, a lei orgânica da saúde 8.080/90 corroborando com a Constituição de 88, traz no seu art.6, que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde. No entanto, apesar das discussões sobre medidas de fortalecimento da política de saúde na direção de um modelo integral e promotor da saúde (BRASIL, 2006), permanecem problemas no campo da formação dos profissionais, revelando um distanciamento destes – com orientação biologicista e conteudista – em relação às práticas interdisciplinares e que favoreçam a (co)responsabilidade e os vínculos (inter)profissionais. Como consequência dessa formação temos o impasse do profissional em lidar com dois modelos antagônicos o que dificulta o desenvolvimento de suas atividades (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Nesse âmbito, constata-se que o setor saúde, de maneira isolada, não consegue atender à demanda constitucional no que concerne a ordenação de recursos humanos para a área (AMÂNCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006). Dessa forma, o Ministério da Saúde constituiu estratégias de diálogo com o Ministério da Educação (MEC) buscando viabilizar o cumprimento desse propósito para a área da saúde tendo como princípio norteador as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde (CAMPOS, 2012). Esse novo olhar demandou a participação ativa dos trabalhadores da saúde na construção do SUS, além da valorização da dimensão criativa do sujeito em formação, inaugurando um novo patamar de articulação ensino-serviço ao aproximar o mundo da formação e o mundo do trabalho em saúde (ALMEIDA; SOARES, 2002).

Assim, esse contato do discente com o SUS, só é possível devido à preceptoría que se constitui em uma atividade de caráter pedagógico guiada pelo profissional do serviço denominado preceptor (ROCHA; RIBEIRO, 2012). Nesse sentido, o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho assumindo um papel fundamental, levando os estudantes a problematizarem a realidade, refletirem sobre as soluções e

agirem para responder as questões do cotidiano do ensino/serviço (BOTTI; REGO, 2008).

Depois dessa contextualização, relato aqui um pouco da minha experiência profissional e o porquê de estudar esse tema. A preceptoria é uma atividade que desenvolvo já faz algum tempo. Tenho experienciado essa função em duas unidades de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza como preceptora de turmas do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Somado a isso também tive a oportunidade de ser preceptora no município de Jaboatão dos Guararapes-PE em que contribui com a formação de profissionais da saúde do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco e da UNINASSAU. A partir dessa trajetória percebo uma lacuna na sistematização de ações ou de protocolos que possam nos subsidiar no desenvolvimento dessa função. Além disso, percebia que os estágios clínicos eram de alguma forma o mais esperado pelos alunos até porque historicamente, não só a Odontologia como os demais cursos da saúde, pautam de forma mais contundente suas ações no modelo curativista, tecnicista em que a doença está no centro orientando a formação.

Atualmente desenvolvo minhas atividades laborais como Cirurgiã-Dentista da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Atenção Primária à Saúde Anísio Teixeira que faz parte da VI Coordenadoria Regional de Saúde no município de Fortaleza-CE. Estou inserida nessa UAPS desde janeiro de 2019 passando a ser preceptora nesse local no segundo semestre deste mesmo ano recebendo uma turma de estágio às terças-feiras pela manhã. Anterior a esse período, já aconteceram experiências de inserção do ensino do Curso de Odontologia nessa UAPS. Mas naquele momento havia uma descontinuidade dessas ações. Sendo assim, com a retomada do estágio nesse período, as atividades dividiram-se em atividades clínicas e ações coletivas incluindo aqui as ações de educação em saúde. Os alunos são acompanhados por uma professora do curso e são divididos de forma que vivenciam atividades clínicas e coletivas. Para as atividades clínicas uma outra cirurgiã-dentista da ESF dessa UAPS faz a supervisão do estágio, enquanto eu os acompanho no desenvolvimento das ações coletivas. Devido ao contexto da pandemia de Covid-19 as atividades presenciais do estágio foram suspensas no primeiro semestre de 2020 retornando no segundo semestre do mesmo ano, período esse, que iniciei o Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. Desde que decidi me submeter à seleção para o mestrado resolvi trabalhar com o tema da integração ensino-serviço-

comunidade e as ações coletivas, a exemplo das ações de educação em saúde bucal, por enxergar nesse campo um potencial que ajude a reverter o atual modelo hegemônico para um modelo em que se possa oferecer uma atenção integral às pessoas, às famílias e a coletividade.

Aproximar o estudante à realidade socio sanitária dos territórios onde vivem os usuários adscritos a determinada unidade de atenção primária à saúde é necessário para que eles possam ter uma formação mais realista, onde as diversas dimensões envolvidas no binômio saúde/doença possam ser consideradas. Sendo assim, as ações de educação em saúde podem ser um caminho que propicie essa aproximação dos estudantes com a realidade do território e com as pessoas que o habitam.

Dessa forma, diante do arcabouço de novas experiências curriculares, bem como a inserção do ensino da Odontologia no SUS, a questão da presente pesquisa estrutura-se da seguinte forma: *como as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal podem fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade?*

Diante do exposto, essa pesquisa pretende funcionar como um projeto piloto que visa o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que pertence a VI Coordenadoria Regional de Saúde de Fortaleza-CE podendo ser replicado nas demais regionais do município. E isso deve implicar em ganhos nos processos de trabalho resultando em serviços de maior qualidade com benefícios para todos os envolvidos no processo.

Para Ferreira *et al* (2019), a inserção dos alunos na Atenção Primária à Saúde contribui para fortalecer a Estratégia Saúde da Família pois facilita o diálogo entre serviço e universidade e pode ainda, através dos programas de ensino, pesquisa e extensão, contribuir com o desenvolvimento de tecnologias e ferramentas para dar maior resolubilidade aos desafios vivenciados nos serviços. Além disso, a articulação ensino-serviço-comunidade propicia a troca de saberes, pois as situações experimentadas no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde alimentam as discussões e enriquecem o processo ensino-aprendizagem na graduação.

Dessa maneira, a presente pesquisa situa-se na linha de pesquisa Educação em Saúde do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família /RENASF pois procurará contribuir para formação e desenvolvimento dos

trabalhadores de saúde visando à reorientação dos processos de trabalho no sentido da humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Educação em Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a educação em saúde pode ser definida como

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, p.19 e 20).

Para Alves (2005), a Educação em Saúde é um campo de conhecimento e de prática do setor saúde por meio do qual o saber cientificamente produzido pode, através dos seus profissionais, atingir a vida cotidiana das pessoas. Objetiva-se com a Educação em Saúde integrar os saberes científico e popular na tentativa de se colaborar com o indivíduo para uma maior participação responsável e autônoma frente à sua saúde e da coletividade.

De acordo com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa. Estes devem atuar também na execução de ações preventivas e de promoção a exemplo das atividades de educação em saúde, ao procurar dimensionar os fatores de risco envolvidos no processo saúde-doença. Segundo esse princípio, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais de saúde. Ela permeia todos os níveis de atenção, além de estar presente nas ações de recuperação e tratamento (SOUZA; JACOBINA, 2009).

As ações de educação em saúde envolvem prioritariamente três segmentos de atores: os profissionais de saúde, que devem valorizar a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas assistenciais; os gestores que devem apoiar esses profissionais; e a população que necessita interagir com esses conhecimentos, de modo a aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Essas práticas de educação em saúde como processo político pedagógico requerem o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo conhecer a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação

como sujeito, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG *et al.*,2014).

Para Silva *et al.* (2010), a educação em saúde deve associar-se a práticas libertadoras e emancipatórias em que o sujeito se perceba como ator do seu processo histórico. Desse modo, aumentam suas possibilidades de reagir às desigualdades sociais e de assumir uma postura de luta por aquilo que consideram oportuno.

No entanto, observa-se que na prática, a maioria das atividades educativas ainda está ancorada na transmissão de normas e regras comportamentais (REIS *et al.*,2013). Constata-se ainda que apesar de fazerem parte de todo processo de trabalho em saúde, as práticas educacionais são, muitas vezes, deixadas em segundo plano pelos envolvidos nesse processo, quer sejam os profissionais de saúde, gestores ou a própria população.

Quanto às Práticas Educativas em Saúde, Teixeira *et al.*, 2015) demonstram que prioritariamente se pautam num modelo centrado no indivíduo e no processo saúde-doença, não permitindo a troca de experiências de forma coletiva e multidisciplinar. São realizadas, muitas vezes, apenas quando são efetuados outros atendimentos de saúde principalmente voltados à doença, e não seria somente este o objetivo do trabalho educativo.

Pode-se afirmar que muitos profissionais de saúde recebem na formação inicial (e até continuada), conteúdos acadêmicos que favorecem o estabelecimento de processos educativos. Entretanto, o modelo curativista – centrado na doença e no indivíduo – ainda possui forte peso na formação superior na área da saúde, refletindo sobre o atendimento aos usuários e conseqüentemente, em suas práticas educativas em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Para Souza e Jacobina (2009), existe ainda um descompasso entre teoria e prática, pois mesmo diante de uma nova concepção de educação em saúde emancipadora, as atividades educativas ainda têm caráter higienista. Isso pode estar relacionado ao fato de os sistemas educacionais não acompanharem o mesmo ritmo dessa transformação, já que tendem a privilegiar o acesso e a reprodução do conhecimento em detrimento de outras formas de aprendizagem.

Observamos, dessa forma, a necessidade de se compreender o contexto histórico da educação em saúde no Brasil e as influências recebidas do cenário mundial. Objetiva-se, com isso, superar práticas educativas pautadas apenas na transmissão do conhecimento e com foco na doença para então avançar no sentido

de construir processos educativos que visem a emancipação dos sujeitos e das coletividades nas suas abordagens individuais e/ou coletivas.

### ***2.1.1 Aspectos históricos e conceituais da educação em saúde no cenário brasileiro.***

Para contextualizarmos o campo da educação em saúde, faz-se necessário abordar aspectos históricos e culturais da área da Educação. A educação e a saúde são áreas de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Quando se almeja práticas educativas em saúde, existe uma interseção entre estes dois campos, mediada pela aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde e usuários em um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

A sociedade ocidental desenvolveu um modo de agir e pensar pautado na racionalidade técnica que se tornou predominante no mundo moderno. Nesse contexto, a concepção da ação educativa estava baseada na neutralidade, orientando a teoria de educação da escola tradicional e, por conseguinte, o Modelo Tradicional de Educação (CESTARI, 2010). Esse modelo está pautado na transmissão do conhecimento e experiência do educador, valorização do conteúdo ensinado e na expectativa de que os educandos o absorvam e o reproduzam (BORDENAVE; PEREIRA, 2007).

Na Europa, por volta da segunda metade do século XIX, devido a epidemias que ocorriam associadas às condições de vida, eram realizadas ações de disciplinamento das classes populares. Aconteciam por meio de divulgação de regras de higiene e de condutas morais, adotando um modelo tradicional de educação no campo de saúde (ALVES, 2005).

Nos Estados Unidos, em 1919, foi proposto o termo educação sanitária (Health Education). Nesta oportunidade, foram discutidas as noções de higiene enquanto propostas de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais, mas com enfoque comportamental (MELO, 1987).

No Brasil, do século XIX até meados do século XX, ocorreram várias epidemias que afligiam com mais força os grandes centros urbanos. Sendo assim, em virtude da necessidade de controlá-las, as práticas educativas em saúde estavam relacionadas com as regras e normas de prevenção de doenças com discurso



higienicista e com intervenções normalizadoras (ALVES, 2005). Como exemplo deste período podemos citar a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que utilizou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre as atitudes dos pobres a fim de controlar a propagação de doenças (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Nesta concepção de educação, os educandos são levados a encarar a realidade com a visão do educador sendo chamados a memorizar o conteúdo narrado comprometendo a qualidade do conhecimento, pois desfavorece o criar e o atuar. É o que Freire (2014) denomina de educação bancária onde os educandos são vistos como “depósito” de conhecimentos (FREIRE, 2014).

Para Alves (2005), nesse modelo, as práticas educativas são centradas na doença e na intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações são verticalizadas com pouca interação entre educador e educandos. Este tipo de abordagem educativa destaca a responsabilidade individual no que se refere à mudança de hábitos e estilo de vida através do repasse de informações.

A partir de 1940, com a criação da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), foi observado uma tendência de se envolver com os indivíduos no processo educativo. Assim, constatou-se que o SESP influenciou o desenvolvimento da ideologia de comunidade, participação comunitária e educação de grupos. Mas a doença ainda era percebida como acontecimento individual e a educação sanitária como necessária para prevenir doenças e se ter saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Alves (2005), em 1960 veio o advento da Medicina Comunitária existindo, a partir de então, um chamado à participação comunitária para solução dos problemas de saúde. No entanto, parecia permanecer o mesmo discurso de culpabilidade passando da individualidade para a coletividade.

Num cenário nacional de abertura política que ocorreu nas décadas de 1970 e 1980, observou-se a forte influência das ideias e concepções do educador Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo através da exposição dialogada dos seus conteúdos. Essa participação popular estava em consonância com os princípios do SUS que foi instituído na década de 1980 (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Começou-se a observar então, no campo das práticas educativas, um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, com interação do saber

científico e popular. No início de 1970, destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde que buscava romper com a tradição autoritária e normalizadora entre os serviços de saúde e a população. Nesse contexto, contrapondo a concepção bancária da educação, tem-se a educação problematizadora ou emancipatória, que afirma o diálogo e a troca de saberes (FREIRE, 2014).

A educação problematizadora proporciona ao educando as condições para a construção crítica e reflexiva do conhecimento. O educando tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações podendo assim adotar novos comportamentos frente aos problemas de saúde (MARTINS *et al.*,2007).

### **2.1.2 Educação Popular em Saúde**

Para Falkenberg *et al.* (2014), a Educação Popular em Saúde é um movimento histórico de mudanças, inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas sociais mais necessitadas da população brasileira. Organiza-se a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário buscando privilegiar os movimentos sociais locais. Apoia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade. Gomes e Merhy (2011) trazem também que o campo de práticas da educação em saúde recebeu influências dos movimentos sociais e passou a incorporar a participação e o saber popular à área da saúde com a ocorrência de processos educativos mais democráticos.

Ressalta-se que apesar do saber popular não estar embasado em teorias científicas, este deve ser considerado e reconhecido, a fim de se valorizar a sua cultura e possibilitar a construção do conhecimento coletivo sobre a saúde comunitária. Com a participação comunitária, é possível assegurar a sustentabilidade e a efetividade das ações de saúde (ALVES, 2005).

A educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária com capacidade para reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular na perspectiva da democratização das políticas públicas. Para alguns autores, ela representa um modo brasileiro de se fazer promoção da saúde (VASCONCELOS, 2004).

Nesse contexto, torna-se importante salientar que a população vem apontando outras maneiras de se organizar para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir formas terapêuticas de cuidado. Os usuários têm cada vez mais buscando práticas tido como “alternativas” que permitam impactar em melhorias de saúde de forma integral. Faz-se necessário então, compreender e valorizar a maneira como as classes populares vêm construindo alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde por meio de diversas estratégias (LACERDA; VALLA, 2005). Assim, achamos relevante salientar o papel de diversos agentes informais de saúde que apresentam grande respeito popular e portam saberes baseados em uma forte cultura como os erveiros, as parteiras, as rezadeiras. Esses atores podem apresentar alto poder educativo (VASCONCELOS, 2008).

Práticas como o uso de chás têm sido bastante comuns em áreas de serviços de atenção básica, sendo entendidas como medidas de autocuidado, com grande autonomia da população para isto (MACHADO, 2006). Existem muitos ganhos com essa prática, tais como o fortalecimento da rede de apoio social, permitindo a discussão sobre o adoecimento e estratégias de sua superação na comunidade (GOMES; MERHY, 2011).

A relação de diálogo diante de práticas como a fitoterapia é relevante, pois os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos e ao mesmo tempo, podem orientar algumas incorreções no manejo de plantas medicinais que já foram cientificamente comprovadas. Essa relação permitiria o surgimento de um terceiro saber, fruto da interação entre os conhecimentos da população e dos profissionais de saúde (MEDEIROS; CABRAL, 2001).

Outra ação educativa muito frequente nas práticas coletivas em serviços de saúde são as palestras. No entanto, elas precisariam ser reorientadas para que, ao invés do repasse de normas e orientações de higiene e boas condutas, tais iniciativas se apresentassem como oportunidades de diálogo entre trabalhadores e usuários, em que os aspectos coletivos da dinâmica comunitária pudessem ser enfatizados (VASCONCELOS, 2008).

A formação de grupos com determinadas características que os aproximam é uma estratégia também comumente utilizada para desenvolver processos educativos. Um exemplo importante são os grupos de gestantes, onde se desenvolve um processo de discussão das condições comuns dessas mulheres. Nem todos os grupos, no entanto, tem o mesmo potencial educativo. Seria necessário, para se criar

um grupo, primeiro identificar os interesses que mobilizam e os problemas mais relevantes de uma população (VASCONCELOS, 2008). Nos grupos mobilizados a partir de patologias específicas, sua força estaria não no foco da doença, e sim na circulação de emoções, nas trocas que se estabelecem no compartilhamento de medos, dores e tristezas que se estabelecem no processo de adoecimento e cura. A circulação desses afetos favoreceria o fortalecimento de laços e vínculos (LACERDA; VALLA, 2005).

Estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde podem ser consideradas como relevantes para a mobilização e conscientização da população, mas também como necessárias para que a perspectiva dos moradores possa corrigir distorções criadas pela perspectiva tecnicista, que pode levar a erros importantes por parte dos profissionais. Amplia-se nessas atividades o diálogo entre o saber popular e o saber técnico-científico (ALBUQUERQUE; STORTZ, 2004).

Ações no setor da cultura popular como teatros de mamulengo e de rua, oficinas de arte, música e dança, rádios comunitárias, clubes da terceira idade, brinquedotecas, exibição de vídeos, são vistas como iniciativas que poderiam potencializar atividades na perspectiva da educação popular em saúde e que vão para além dos muros das unidades de saúde (ALBUQUERQUE; STORTZ, 2004).

Diante das possibilidades expostas, Leonello e Oliveira (2008) trazem a necessidade de ressignificar a ação educativa na perspectiva da Educação Popular, implicando no desenvolvimento de competências pelos profissionais mediante oportunidades pedagógicas. Nessa mesma perspectiva, Lima *et al.* (2020) apontam a necessidade de aprimoramento das práticas educativas baseadas na EPS, tanto nos espaços formais como informais; nas pesquisas, em programas e projetos de extensão popular e em interações comunitárias e com movimentos sociais populares; assim como em ações de práticas populares e integrativas de cuidado em saúde e de saúde e arte.

Portanto, ancorados nesta perspectiva problematizadora e dialógica das ações de educação em saúde, percebe-se a necessidade de se repensar medidas que sensibilizem os profissionais de saúde a desenvolverem ações de educação em saúde de forma dialógica, capazes de instigar a participação dos usuários no controle e no planejamento de saúde da comunidade (REIS *et al.*, 2013). Enxergamos que a educação popular em saúde continua sendo um desafio tanto para profissionais como

para gestores, pois requer a efetiva participação popular e social e gera ações que vão de encontro ao modelo hegemônico de saúde centrado na doença ao aspirar a integralidade da atenção à saúde da população.

## **2.2 A integração ensino-serviço-comunidade e as novas diretrizes curriculares nacionais (DCN)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil procura estabelecer uma nova concepção de cuidado à saúde no país, de caráter universal, integral e equânime para a população. Sua organização estrutural de atenção à saúde, pautadas em fundamentos humanísticos e transdisciplinares demonstram que a saúde abrange conceitos sociais dentro de uma rede de prestação de serviços (BULGARELLI *et al.*,2014). E isso não se restringe ao cuidado assistencialista de uma área de atuação (SANSEVERINO *et al.*,2017).

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, diz que compete ao SUS, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Para Ceccin e Feuerwerker (2004), cabe ao SUS não somente o dever de atender a população em suas necessidades, mas também garantir que a formação dos profissionais de saúde esteja adequada para tal atendimento. Desse modo, compete tanto ao SUS como às Instituições de Ensino Superior (IES), a tarefa de coletar, sistematizar, analisar e interpretar as diferentes realidades socio sanitárias, a fim de guiar uma formação crítica e significativa no que diz respeito à valores e orientações sociais e humanísticas. Para isso, é fundamental que o sistema de ensino na área da saúde seja articulado com os diversos setores sociais, proporcionando a criação de um conceito de saúde mais positivo, propositivo e integral.

Apesar dessa indispensável articulação ensino-serviço, ainda há barreiras estabelecidas pelas tradições técnico-científicas nas formas de ensino das Instituições de Ensino Superior (SANSEVERINO *et al.*, 2017). Percebe-se ainda a existência de um contexto burocrático envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde que dificulta a vinculação de estudantes, professores e pesquisadores nos serviços de saúde. Soma-se ainda, a dificuldade que alguns docentes e discentes encontram para articular um plano de formação pedagógico integrado à realidade socio sanitária e

epidemiológica dos territórios, bem como exequível aos serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, em contraposição as bases pedagógicas tradicionais que perpetuam o modelo biomédico vigente e ineficientes de práticas de saúde, organizações docentes e estudantis constituíram movimentos na produção de melhores caminhos para a transformação dos cursos de saúde (BRASIL, 2004). De acordo com Morita e Kriger (2004), esses movimentos contribuíram para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que devem ser compreendidas dentro do contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Para Ramos e Padilha (2006), a publicação destas diretrizes é um dos indicativos do atual momento de mudanças na interseção dos mundos da saúde e da educação e da visibilidade da formação profissional como política pública prioritária.

As DCN para o curso de Graduação em Odontologia de 2021 tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista com as seguintes características:

[...] generalista, dotado de sólida fundamentação técnico-científica e ativo na construção permanente de seu conhecimento; humanístico e ético, atento à dignidade da pessoa humana e às necessidades individuais e coletivas, promotor da saúde integral e transformador da realidade em benefício da sociedade; apto à atuação em equipe, de forma interprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; proativo e empreendedor, com atitude de liderança; comunicativo, capaz de se expressar com clareza; crítico, reflexivo e atuante na prática odontológica em todos os níveis de atenção à saúde; consciente e participativo frente às políticas sociais, culturais, econômicas e ambientais e às inovações tecnológicas (BRASIL,2021,p.1)

No intuito de tornar o SUS uma rede colaborativa de ensino-aprendizagem vinculado à prática profissional, algumas das estratégias implementadas incluíram: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2004) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Este último passou a incentivar transformações nos processos de formação, com base na reorientação teórica, nos cenários de prática (integração docente-assistencial, diversificação dos cenários e articulação dos serviços assistenciais com o SUS) e na reorientação pedagógica (BRASIL, 2005).

Segundo Aerts *et al.* (2004) e Toassi *et al.* (2012), apesar das DCNs e da extensa revisão de currículos, acredita-se que grande parte dos cirurgiões-dentistas

recém-formados ainda continua trabalhando de maneira não integrada e com pouca valorização das dimensões multidisciplinares e humanísticas. Uma das hipóteses explicativas pode residir na própria formação profissional, com pouco estímulo ao desenvolvimento destas competências, aliadas à baixa valorização de aspectos antropológicos, históricos, econômicos e políticos. Dessa forma, perpetua-se um modelo de ensino-aprendizagem pautado principalmente na reprodução da técnica e do procedimento, onde existe pouco espaço para o desenvolvimento de habilidades relacionais.

Em qualquer área, formar profissionais com perfil adequado figura em proporcionar uma capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de refletir criticamente e de desenvolver qualidades humanistas. Na discussão mais específica em Odontologia, ressalta-se a importância, também, da inserção precoce do graduando em seu contexto profissional, das clínicas integradas de complexidade crescente, da melhoria na formação em Saúde Coletiva e da diversificação dos cenários de aprendizagem (MORITA, KRIGER, 2004), bem como um cuidado com a formação ético-humanista dos envolvidos (FINKLER, 2009).

Estas demandas encontram, na integração "ensino-serviço", um *locus* privilegiado para a reflexão sobre a realidade da produção de cuidados, com potencial de transformar tanto a formação profissional no âmbito da graduação, como também, promover mudanças no modelo assistencial vigente, pautado prioritariamente por uma lógica tecnocentrado e que pouco considera as necessidades de saúde dos usuários (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Silva (2015), ao avaliar os cenários do SUS como espaços pedagógicos, propõe que as competências necessárias para a formação dos estudantes de Odontologia podem ser aprendidas nos estágios curriculares. Para Toassi (2012), além da possibilidade do aprendizado clínico, o período de estágio tem contribuído para o fortalecimento da autonomia, comunicação e tomada de decisões do estudante, aumentando sua compreensão acerca das formas de organização e gestão do trabalho em saúde.

Um estudo realizado por Biscarde *et al.* (2014), descreveu a experiência de um projeto mediado pela extensão universitária de forma articulada entre a universidade e os gestores municipais que refletiu no processo formativo dos estudantes. A atuação dos graduandos consistiu no conhecimento da realidade local, na reflexão e priorização compartilhada de problemas/demandas e seguiu com

intervenções de cunho educativo e participativo, cujo planejamento e implementação enfatizaram formas coletivas e colaborativas de aprendizagem, investigação e intervenção. Os estudantes citaram que a prática gerou ganhos no âmbito pessoal e profissional, potencializando uma atitude cidadã e transformadora diante de questões sociais e da organização dos serviços de saúde.

Diante do exposto, é fundamental a inserção dos alunos de graduação dos cursos da área da saúde nos cenários do Sistema Único de Saúde para uma compreensão ampliada entre teoria e realidade, entre informação e prática. Desse modo, a integração ensino-serviço pode ser compreendida a partir de fundamentos pautados pelo trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes e professores da saúde com trabalhadores dos serviços e seus gestores, visando à qualidade da atenção à saúde, da formação profissional e do desenvolvimento dos profissionais dos serviços. Seria uma nova maneira de pensar a formação, não se tratando de transformar o espaço dos serviços e comunidade em extensões dos hospitais e das clínicas dos cursos, mas sim, de construir espaços de aprendizagem com a inserção de docentes e estudantes à produção de serviços em cenários reais. Os docentes constituiriam parte dos serviços e os profissionais dos serviços seriam corresponsáveis pela formação acadêmica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

### **2.2.1 A figura do preceptor na dinâmica da integração ensino-serviço-comunidade**

Na esteira desse processo complexo que envolve a dinâmica de integração ensino-serviço-comunidade, um outro ator importante e fundamental para essa integração reside na figura do preceptor. De acordo com Rocha *et al.* (2016), o preceptor tem um papel fundamental na orientação, explicação, escuta e aproximação do estudante no processo de trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, sendo uma referência para o estudante no serviço.

Em um estudo, Luz e Toassi (2016), propuseram-se a compreender a preceptoria de estágio supervisionado de Odontologia na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da percepção de cirurgiões-dentistas, professores supervisores e estudantes sobre essa temática. Assim, algumas condições foram apontadas para que o preceptor atuasse como facilitador da aprendizagem, destacando-se a receptividade demonstrada ao estudante inserindo-o no contexto do trabalho em



equipe, competência didático-pedagógica e de comunicação, além da necessidade de demonstrar segurança no trabalho. Uma condição necessária para a integração ensino-serviço-comunidade apontada nesse estudo foi a aproximação da universidade ao serviço e ao preceptor, apoiando-o nas atividades que desenvolve com os estudantes no cotidiano do trabalho na APS.

Em um outro estudo relacionado à opinião de cirurgiões-dentistas sobre atividades de preceptoria na formação de estudantes de Odontologia de uma universidade brasileira, chegou-se aos seguintes resultados: todos os 26 preceptores que atenderam ao critério de inclusão foram entrevistados, sendo 80,8% mulheres, 92,3% com vínculo de trabalho efetivo, 96,2% pós-graduados, sendo 80,2% deles especialistas em Saúde da Família. Apenas 15,4% recebiam incentivos para preceptoria, mas não estavam satisfeitos; 11,2% receberam formação em preceptoria; 92,3% demandaram capacitação para exercê-la, 69,2% atuaram nos três tipos de estágios. Prevaleceu (76,3%) a preferência por atuar no estágio 3 (clínico) do que nos dois outros (extra clínicos). Para 65,3% deles, a estrutura física e organizacional para exercer a preceptoria é ruim, 69,2% avaliaram como insatisfatório o apoio institucional do serviço e 57,7% da universidade, apesar dos esforços da educação permanente e presencial nos serviços. Os pontos positivos mais citados foram a troca de saberes com os estudantes e docentes e a importância de integrar o estudante ao Sistema Único de Saúde. Conclui-se que embora valorizem a preceptoria, prevalecem insatisfações trabalhista, de condições de trabalho e de formação que precisam ser enfrentadas (LOPES *et al.*, 2018).

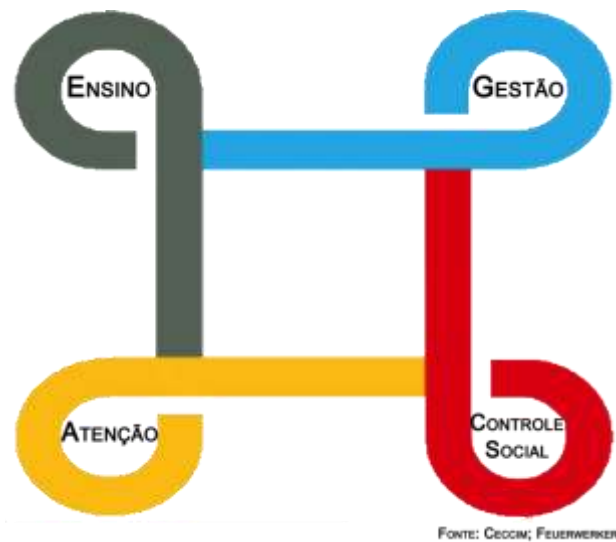
Assim, percebemos que a figura do preceptor pode ser vista como uma importante engrenagem, com grande potencial para auxiliar as IES junto aos serviços de saúde. Para que essa integração ensino-serviço aconteça de forma apropriada é importante, além de outros fatores, que os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) da área da saúde apresentem estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade. Além disso, para que a mudança na formação dos profissionais e da produção do cuidado aconteça de maneira esperada é necessário que as necessidades sociais em saúde sejam consideradas. Dessa forma, os Projetos Pedagógicos dos Cursos da área da saúde devem ser planejados e construídos com a participação de representações de trabalhadores e discentes, usuários e gestores municipais e estaduais do SUS

considerando às necessidades sociais em saúde e voltados para uma perspectiva interdisciplinar, intersetorial e interprofissional (BRASIL, 2017).

### ***2.2.3 O quadrilátero da formação para a área da saúde***

Nesse contexto, é pertinente resgatar a concepção do "quadrilátero da formação para a área da saúde" de Ceccin e Feuerwerker (2004). Essa concepção refere-se a questão específica da integração ensino-serviço ou "ensino-serviço-comunidade" ao considerar os quatro elementos que fazem parte neste processo: ensino, gestão, atenção e controle social. O componente "serviço" não pode ser restrito à ideia de práticas de atenção, mas deve conter uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos da área. O componente "comunidade" deve abranger, além da interação com a população, algo envolvendo a noção de relevância e responsabilidade social do ensino, apto a receber a interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança que envolvem o controle social. No componente "ensino", além do reconhecimento dos papéis de dirigentes e docentes, ressalta-se a articulação com o movimento estudantil como ator político das instituições formadoras. Essa imagem de um quadrilátero se propõe à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, dando uma nova dimensão para a imagem dos serviços e valorizando o controle social.

Figura 1- Imagem do quadrilátero para a formação na área da saúde.



Fonte: Ceccin; Feuerwerker, 2004.

A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, pois pode favorecer intervenções capazes de aproximarem-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. É fundamental vislumbrar novos cenários de formação profissional, nos quais se busquem desenvolver uma proposta em rede articulando as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade. Assim, a educação não deve estar voltada apenas para a transmissão de conhecimento, mas para as relações sociais, para a problematização e transformação da realidade, integrando docentes, discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BISCARDE et al., 2014).

Diante da necessidade de se dotar os profissionais dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências necessárias, as IES e os serviços criam instrumentos de cooperação através de parcerias ou convênios para a realização de práticas de ensino nos espaços de atenção à saúde (BREHMER; RAMOS, 2014).

### **2.2.3 E qual é o papel da comunidade?**

A Constituição de 1988, coloca em pauta a saúde como direito de todos e resultante das condições de vida assim como das formas de organização da produção. Dessa forma, entende-se que a saúde é um bem prioritário e uma condição para que o cidadão possa ter uma vida digna, produtiva e de qualidade cabendo ao Estado a garantia das condições necessárias ao atendimento à saúde da população (BRASIL,1988).

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), um ponto importante a ser considerado são as formas de efetivação do controle social/participação social representados pelos conselhos e conferências de saúde enquanto instâncias que protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema. O controle social constitui-se, portanto, em canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de sujeitos coletivos nos processos de decisão, não podendo ser confundido com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (ASSIS; VILLA, 2003).

Ainda nessa perspectiva, o controle/participação social é um espaço de representação da sociedade onde se articulam diversos sujeitos com suas diversas representações: movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço, entre outros, e uma população com suas necessidades e interesses que envolvem o indivíduo, família e grupos da comunidade (ASSIS; VILLA, 2003).

No entanto, o exercício do controle social ainda é incipiente em muitos territórios. Para Pessoa (2010), há a necessidade de se engajar de forma mais expressiva e intensa a população para uma transformação social de base local. O poder pelo controle social nos espaços representativos precisa ser ampliado no território a partir de uma visão completa da realidade travando-se continuamente debates comunitários, políticos e ideológicos que traduzam e expressem os desejos e as necessidades do povo.

Segundo Pessoa *et al.* (2013), o ponto inicial para a organização e funcionamento dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde que deve se pautar nas relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, de acordo ainda com a autora, a incorporação dos processos na APS que modificam as relações humanas

no e com o território apresenta-se insuficiente. A territorialização, na maioria das vezes, restringe-se a elaboração de um mapa que focaliza áreas de risco entendidas como de responsabilidade dos profissionais da atenção primária. Conformam-se mais como uma estratégia organizativa e gerencial do serviço, não incorporando realmente a participação comunitária, não sedimentando o compromisso ético-sanitário da equipe com a população, nem estabelecendo parcerias que busquem ação responsável na promoção da mudança.

Goldstein e Barcellos (2008) sugerem que os métodos de mapeamento podem ser utilizados como instrumento didático e de debate com a população sobre suas condições socioeconômicas e a inserção em seu território. Referem que os mapas devem ser pensados e produzidos a partir de um processo educativo por parte dos pesquisadores e população, na busca de um melhor conhecimento sobre o território, os determinantes e condicionantes ambientais e sociais e sua influência no desenvolvimento dos agravos de saúde da população.

Diante do que já foi exposto, entendemos que o modelo de atenção à saúde ainda vigente, centrado na doença e voltado para a reprodução da técnica com priorização da assistência, acaba, muitas vezes, não dialogando com a realidade socio sanitária dos territórios e com as necessidades da população. Faz-se necessário então, a escuta da comunidade como forma de compreender suas principais necessidades e anseios. Enxergamos a Educação em Saúde como vetor possível para realização desses diagnósticos locais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Ainda segundo Pessoa (2010), há que se criar canais de aproximação do conhecimento científico com a sociedade para que esta possa ser fortalecida e empreender uma luta mais justa nesses territórios.

Sendo assim, as atividades de educação em saúde são capazes de potencializar a melhoria qualitativa dos serviços oferecidos à população ao democratizar o conhecimento e propiciar a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas (BRASIL, 2007).

### **2.3 Saúde Bucal no SUS**

Durante vários anos, o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado devido à baixa oferta de serviços odontológicos e à

falta de políticas públicas de saúde voltadas para a área da Odontologia. Na intenção de reverter essa situação, a partir de 2003, observou-se uma mudança na resposta do Estado em relação à política de saúde bucal, que saiu de uma posição secundária, passando a assumir uma de destaque e priorização na agenda governamental. As principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, publicada em 2004 e ainda em vigor, são:

[...] a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal -ESB- na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas -CEO- e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias -LRPD); e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2016, p.2).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, as ações da Saúde Bucal passaram a ser ofertadas de forma mais integral. A implantação de novos serviços possibilitou a reorganização do cuidado nos diferentes pontos de atenção em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para o desenvolvimento de ações organizadas em Linha de Cuidado e condições especiais de vida, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (SANTA CATARINA, 2022). Sobre a atenção em saúde bucal para condições especiais e etapas da vida, o Ministério da Saúde aponta diretrizes que envolvem linhas de cuidado às gestantes e ao pré-natal, à infância, à pessoa com deficiência, à saúde da pessoa idosa, entre outros (BRASIL, 2018).

Entende-se por linha de cuidado a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que precisam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A linha de cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também (FRANCO, 2012).

Os atendimentos em Saúde Bucal devem ser orientados pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). O conhecimento da realidade a partir do perfil sócio/demográfico/cultural da população, bem como de indicadores de morbimortalidade são fundamentais para o planejamento e monitoramento das ações (SANTA CATARINA, 2022).

Atualmente, o município de Fortaleza utiliza a organização do serviço de saúde através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

Assim, a rede de saúde bucal de Fortaleza está orientada na centralização dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, onde 85% dos problemas podem ser solucionados, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a forma de organização dos processos de trabalho. As ações na Atenção Secundária são realizadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as ações na Atenção Terciária à Saúde são realizadas através do atendimento hospitalar (FORTALEZA, 2016).

Nesse sentido, aos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde/ESF cabem entre outras atribuições:

[...] 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, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas; realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar (BRASIL, 2017)

As ações de saúde bucal devem estar inseridas na estratégia planejada pela equipe de saúde numa interrelação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde e podem ser divididas nas seguintes ações, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (2004):

**I. Ações de Promoção e Proteção de Saúde** – esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, associações comunitárias, empresas e com a população e seus órgãos de representação.

Essas ações visam à redução de fatores de risco, que podem se constituir em ameaça à saúde das pessoas, podendo causar-lhes incapacidades e doenças. Neste grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde e compreende também um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que vai além da 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. A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é pertinente trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, 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, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor.

**II. Ações de Recuperação** – Esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível,



assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes.

**III. Ações de Reabilitação** – Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

As ações educativas preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde pelas equipes junto aos grupos da UBS e nos espaços sociais do território baseiam-se numa concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, principalmente na promoção de boa qualidade de vida e intervenção nos fatores condicionantes e determinantes que a colocam em risco a partir do conhecimento da realidade em que vivem. Tem por objetivo produzir em cada usuário, maior responsabilização e autonomia em relação a sua saúde e de sua família.

Para Sanseverino *et al.*,(2017), a possibilidade de realização das atividades ensino-serviço, principalmente daquelas educativas e preventivas, é real. E essas são tão importantes quanto a área assistencial. Os dentistas das UBS têm real obrigação com as ações de promoção e prevenção, as quais muitas vezes mostram-se falhas durante a formação dos dentistas podendo ser inseridas no rol de atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes necessitando de projetos que estimulem a existência delas. Refere ainda que, a carência de profissionais como auxiliares e técnicos se coloca como um problema do próprio serviço e que a inserção de alunos de graduação pode incrementar a oferta de serviço.

### **3.OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade a partir do desenvolvimento de ações de educação em saúde pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), com vistas à integralidade da atenção em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza/Ceará.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar um diagnóstico situacional identificando as principais necessidades em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal percebidas pela população adscrita à UAPS Anísio Teixeira;
- Elaborar um plano de ação que contemple o desenvolvimento de ações de educação em saúde a partir das necessidades em saúde identificadas;
- Sistematizar a linha de cuidado em saúde bucal da UAPS Anísio Teixeira;
- Auxiliar no desenvolvimento das práticas e ações de educação em saúde bucal consoantes com a realidade socio sanitárias e culturais junto à população adscrita.

## 4 METODOLOGIA

Para a presente pesquisa foi adotada a metodologia da Pesquisa-ação. De acordo com Thiollent (2011), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida em associação a uma determinada ação ou com a resolução de um problema coletivo. Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores e participantes que representam a situação ou o problema estão envolvidos de forma cooperativa ou participativa. Não se trata de um simples levantamento de dados ou de relatórios. Na pesquisa-ação os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na realidade dos fatos identificados.

Segundo Thiollent (2011), existe uma distinção entre pesquisa-ação e pesquisa participante. Para o autor, toda pesquisa-ação é do tipo participativo pois a participação das pessoas envolvidas nos problemas investigados é totalmente necessária. No entanto, tudo o que é designado de pesquisa participante não é pesquisa-ação, pois a pesquisa participante é, em algumas situações, uma pesquisa baseada numa metodologia de observação participante onde os pesquisadores estabelecem relações de comunicação com pessoas ou grupos pesquisados com a intenção de serem mais bem aceitos. Nessa situação, a participação é acima de tudo dos pesquisadores e consiste em aparente identificação com os valores e comportamentos que são precisos para serem aceitos nos grupos investigados.

Já para Haguette (2001), a pesquisa participante envolve um processo de investigação, educação e ação, consistindo numa pesquisa educacional e orientada para a ação. Segundo a autora, nesse tipo de pesquisa, realizam-se tanto a investigação quanto a ação, prezando-se pela atuação conjunta de pesquisadores e participantes visando às mudanças e a transformação social.

Há uma ênfase no campo educacional dessa modalidade de pesquisa devido à relevância e a pertinência do seu caráter pedagógico, onde os sujeitos produzem novos conhecimentos ao pesquisar sua própria prática, resignificando-a e formando compromissos de cunho crítico em seu lócus de atuação profissional (PADILHA, 2015).

Dois objetivos representam características da pesquisa-ação: a) objetivo prático que se relaciona ao tipo de problema que a pesquisa pretende solucionar ou contribuir para sua solução; b) objetivo de conhecimento que se constitui em obter

informações e aumentar o conhecimento sobre determinado tipo de problemática (THIOLLENT, 2011).

Para Severino (2007), a pesquisa-ação participativa visa compreender e intervir na situação com a intenção de modificá-la. Assim, essa pesquisa-ação participativa será delineada em dois momentos: elaboração de um referencial teórico, ação prática/reflexão com a construção de um plano de ação a ser implantado nos territórios/serviços da atenção primária.

Dessa maneira, para o desenvolvimento dessa pesquisa-ação participativa, realizamos o reconhecimento do território onde a pesquisa aconteceu e identificamos as condições de vida e saúde e as necessidades em saúde desta população. Para Thiollent (2011), os pesquisadores costumam praticar um reconhecimento da área e isto inclui observação visual, consulta de mapas e organogramas de discussão direta com representantes diretos ou indiretos das várias categorias sociais implicadas. Segundo Paim (2006), as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente e se situam entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente a conservação da vida, mas a realização de um projeto em que o indivíduo progressivamente se humaniza. As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modo de vida e identidades, expressas no que é necessário para se ter saúde e que envolvem condições necessárias para o gozo da vida. Esta pesquisa buscará a elaboração de um plano de ação pelos pesquisadores e participantes do grupo para favorecer a implantação de ações de educação em saúde pelas eSB consoantes com a realidade cultural, socio sanitárias enfim, com as necessidades em saúde identificadas favorecendo a reorientação das práticas de saúde numa perspectiva interprofissional e transdisciplinar.

#### **4.1 O território da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, capital do Estado do Ceará, mais especificamente na Coordenadoria Regional de Saúde VI (CORES VI). Segundo o IBGE, Fortaleza conta com uma população (estimada para 2020) de 2,686 milhões de pessoas e a densidade demográfica é de 7.786,44 hab./km<sup>2</sup> (2010). A área de unidade territorial é de 312,350km<sup>2</sup>. Em relação à Educação, a taxa de

escolarização de 6 a 14 anos de idade em 2010 era de 96,1% e o IDEB-Anos iniciais de ensino fundamental da rede pública em 2017 era de 6,0.

De acordo com o Portal da Prefeitura Municipal de Fortaleza, foi iniciado agora, em janeiro de 2021, o processo de transição e reestruturação das regiões que compõem a Cidade de Fortaleza. Com a reestruturação, os 121 bairros da Capital foram agrupados em 39 territórios seguindo critérios, como a quantidade de habitantes, a área de cada bairro, a aproximação cultural e a utilização de equipamentos públicos pelos habitantes. As Secretarias Regionais, que passam de sete para 12, irão compor a Secretaria Municipal de Gestão Regional (SEGER). A partir da reestruturação, as 12 Secretarias Executivas Regionais serão responsáveis pela manutenção referentes a limpeza de ruas ou de espaços utilizados, recapeamento de ruas e avenidas, capinação e manutenção preventiva de equipamentos públicos como creches, escolas e postos de saúde. O processo incentiva o diálogo comunitário pois haverá um fórum territorial para discussões locais e o conjunto de fóruns formará o conselho territorial composto por representantes dos bairros da sociedade civil. Com a nova territorialização a SER VI, local onde a pesquisa será desenvolvida, conta com 15 bairros que são os seguintes: Aerolândia, Alto da Balança, Cidade dos Funcionários, Jardim das Oliveiras, Parque Manibura, Messejana, Cambeba, Parque Iracema, Lagoa Redonda, Curió, Guajeru, José de Alencar, Paupina, São Bento e Coaçu. A nova regionalização foi criada por Lei Complementar nº 278, de 23 de dezembro de 2019. Já o Decreto nº 14.590, de 6 de fevereiro de 2020, trouxe a renomeação das Regionais, com novos mapas. Em 31 de dezembro de 2020, por meio do Decreto nº 14.899, o então prefeito Roberto Cláudio publicou a nova regulamentação da estrutura administrativa e do processo de transição das Regionais.

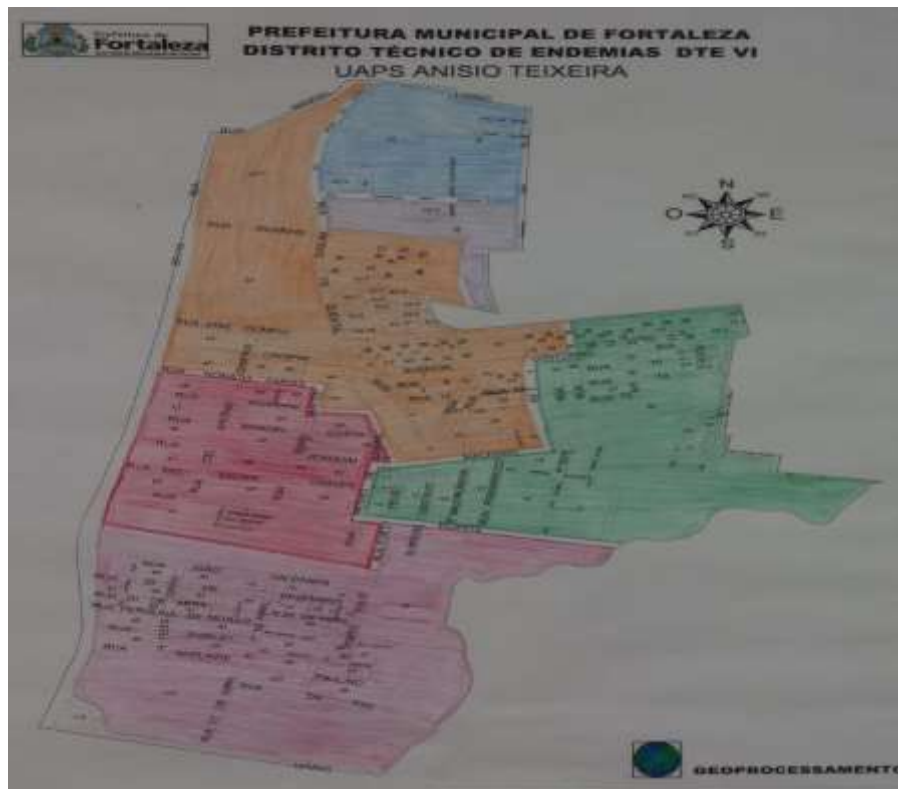
A pesquisa aconteceu, especificamente, na área da UAPS Anísio Teixeira localizada no bairro Paupina e que pertence a Coordenadoria Regional de Saúde VI do município de Fortaleza-CE. A área de abrangência dessa UAPS envolve parte do bairro Paupina e parte do bairro São Bento, fazendo limite ao norte com o território da UAPS de Messejana, ao sul com território da UAPS José Barros de Alencar, ao leste com o município do Eusébio e ao oeste com o território da UAPS Maria Grasiela Teixeira Barroso. Segundo o IBGE, a população dessa área é de aproximadamente 23 mil pessoas.

No entanto, temos na UAPS Anísio Teixeira, de acordo com o atesto municipal de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde do mês de competência março de 2022, uma população cadastrada de apenas 17.239 pessoas. Essa Unidade de Atenção Primária à Saúde conta com seis Equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e apenas quatro Equipes de Saúde Bucal (eSB).

Com relação a integração ensino-serviço, a Instituição de Ensino Superior (IES) que tem campo de estágio nesta unidade é a Universidade de Fortaleza-UNIFOR. A inserção dessa IES com seus docentes e alunos no território da UAPS Anísio Teixeira já acontece há algum tempo especialmente com os cursos de Odontologia e Medicina. Em relação ao curso de Odontologia as atividades integradas entre ensino-serviço-comunidade acontecem desde 2015. E isso se deu a partir da transferência de uma cirurgiã-dentista que desenvolvia atividades de preceptoría em uma outra unidade para a UAPS Anísio Teixeira.

No entanto, observamos que há períodos de descontinuidade nessas ações/estágios por alguns motivos como os que envolvem a adesão ou não do profissional de saúde para desempenhar o papel de preceptor como também os que envolvem a estrutura física da unidade. Além disso, é necessário também considerar que a universidade tem um período de início e término das atividades nos campos de estágio, período que corresponde ao semestre letivo, o que prejudica a continuidade dessas ações. E isso acarreta prejuízos para o desenvolvimento das ações integradas entre ensino-serviço-comunidade. Atualmente, apenas o curso de Odontologia está inserido no território dessa UAPS.

Figura 2 – Mapa do território da UAPS Anísio Teixeira.



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza

Sobre o território da pesquisa, de acordo com o Portal do Município de Fortaleza, foi realizado em 2014 um estudo em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Humano (SDE), sobre o Desenvolvimento Humano por bairro em Fortaleza. Desse modo, foram avaliados os 119 bairros de Fortaleza, mensurando o grau de desenvolvimento dos mesmos, por meio do Índice de Desenvolvimento Humano dos bairros (IDH-B) sendo analisados indicadores como renda, educação e longevidade das pessoas. Os bairros Paupina e São Bento tem respectivamente o IDH-B de 0,246 e 0,198 o que representa um nível de desenvolvimento baixo.

Ainda sobre a situação econômica do território, foram mapeados os bairros da capital cearense de acordo com a renda média mensal da população de dez anos ou mais de idade em valores nominais de 2010 utilizando os dados do último Censo Demográfico do IBGE. Com isso, constatou-se que a renda média do bairro Paupina foi de 486,95 reais ocupando a posição 86ª no ranking dos bairros e o bairro São Bento apresentou a renda média de 434,74 reais ocupando a posição 94ª de um total de 119 bairros a época do estudo (FORTALEZA,2015).

## 4.2 Sujeitos da pesquisa

A escolha dos sujeitos participantes desta pesquisa está alinhada ao referencial teórico do quadrilátero de formação e à Pesquisa-ação. Dessa maneira, a seleção dos sujeitos participantes ocorreu ao longo do reconhecimento do território e de seus atores mediante convite para integrarem o grupo de pesquisa. Neste sentido, foram incluídos no processo, representantes da gestão, do ensino (docentes e discentes do Curso de Odontologia que tem campo de estágio na UAPS Anísio Teixeira), usuários e profissionais da equipe de saúde bucal e da equipe da Estratégia de Saúde da Família da UAPS.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados nesta pesquisa:

- gestores com experiência no território ;
- profissionais que desempenhem suas funções no território ;
- preceptores com experiência nessa função no território da pesquisa ;
- docentes do curso de Odontologia que exerçam ou já tenham exercido a supervisão dos estágios no território da pesquisa ;
- alunos do estágio extra-muro do curso de Odontologia que estejam inseridos no território da pesquisa ;
- usuários que tenham participação no Conselho Local de Saúde ou que tenham representatividade diante da comunidade.

Para os componentes gestor, profissionais e preceptores da UAPS adotou-se o critério de terem pelo menos 6 meses de atuação para que tivessem mais propriedade a respeito do território e dos processos de trabalho. Foram adotados ainda os seguintes critérios de exclusão: faltar a três seminários e/ou encontros do grupo e não ter representatividade diante do componente a que estivesse vinculado.

## 4.3 Fases da pesquisa-ação

De acordo com Thiollent (2011), a realização da pesquisa-ação acontece em sete fases que serão apresentadas no quadro abaixo:



Quadro 1: Fases da pesquisa-ação

<b>Fase 1</b>	Pesquisa documental visando apropriar-se de informações relevantes sobre o local da pesquisa ou situação a ser investigada;
<b>Fase 2</b>	Visitas exploratórias ao local da pesquisa;
<b>Fase 3</b>	Reuniões com os sujeitos implicados para formação do grupo de pesquisa;
<b>Fase 4</b>	Reunião com os participantes do grupo de pesquisa para assinatura do TCLE e apresentação das fases do trabalho de campo;
<b>Fase 5</b>	Seminários com os componentes do grupo e elaboração do plano de ação;
<b>Fase 6</b>	Reunião com gestão municipal e participantes do grupo para apresentação das ações a serem implantadas no território da pesquisa;
<b>Fase 7</b>	Implantação, monitoramento e avaliação das estratégias de ação.

.Fonte: Thiollent, 2011.

Vale ressaltar que o planejamento de uma pesquisa-ação é muito flexível, não seguindo uma série de fases rigidamente ordenadas. Dessa maneira, pode haver um vai e vem entre as fases devido às preocupações e dinâmica interna do grupo no seu relacionamento com a situação investigada (THIOLLENT, 2011).

Assim, as fases da presente pesquisa aconteceram da seguinte forma:

**Fase 1-** Pesquisa documental visando apropriar-se de informações relevantes e conhecer o perfil sócio-histórico, as condições sociodemográficas e socioeconômicas e epidemiológicas da UAPS Anísio Teixeira que pertence à Coordenadoria Regional de Saúde VI (CORES VI) do Município de Fortaleza-CE. Para tal, utilizaremos base de dados secundários em sites oficiais tais como: Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Portal do Governo do Estado do Ceará e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Portal da Prefeitura Municipal de Fortaleza, e sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Pesquisa documental a respeito do Plano Pedagógico dos Cursos (PPC) para a área da saúde, assim como os planos de ensino e planos de estágio para os cursos de Odontologia das IES que atuam no território da CORES VI.

**Fase 2-** Visitas exploratórias a UAPS Anísio Teixeira para identificar como está estruturado o serviço de saúde em relação a atenção básica, vigilância em saúde e o controle social, identificar também os equipamentos sociais, agentes sociais, conselho regional de saúde, sindicatos e convidá-los para participar da pesquisa. Em seguida, agendamos uma reunião com a gestão da regional, IES, discentes, preceptores do curso de Odontologia para apresentar o projeto de pesquisa.

**Fase 3-** Após realização de reuniões com gestores, usuários do serviço, profissionais de saúde e representantes da Instituição de Ensino Superior e alunos propomos a organização do grupo de pesquisa com um total de 16 pessoas com representantes da gestão, do ensino (docentes e discentes do curso de Odontologia da IES que tem campo de estágio na UAPS Anísio Teixeira), usuários e profissionais da equipe de saúde bucal e da Equipe da Estratégia de Saúde da Família.

**Fase 4-** Reuniões com os componentes do grupo de pesquisa que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dispondo-se a participar do grupo para realizar o planejamento do trabalho de campo. Nessas reuniões, apresentaremos, inicialmente, as fases do trabalho de campo que se deu da seguinte forma: observação participante na UAPS Anísio Teixeira localizada na CORES VI e conversas com informantes-chaves (usuários do SUS, profissionais de saúde, gestor da UAPS ) que aconteceram ao longo do trabalho de campo para melhor conhecimento do território e das necessidades de saúde da população. Em seguida, discorreremos a respeito da metodologia a ser utilizada nos seminários.

**Fase 5-** Realizamos seminários de forma colaborativa entre pesquisadores e componentes do grupo, utilizando metodologias ativas de aprendizagem e problematização da realidade, buscando a construção de um plano de ação que contemple o desenvolvimento de ações de educação em saúde pelas eSB, eSF e alunos do estágio em Odontologia baseadas nas necessidades de saúde identificadas e numa perspectiva interprofissional e transdisciplinar. Segundo Mitre (2008), as

metodologias ativas de aprendizagem utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem e tem por finalidade motivar o discente, alcançando sua singularidade, pois ao examinar o problema ele se detém, busca o conhecimento prévio, relaciona sua história e passa a refletir e ressignificar suas descobertas. O referencial teórico para o desenvolvimento das ações educativas é a Educação Popular em Saúde. Assim, os seminários foram permeados pelo diálogo com troca permanente de saberes onde pudemos vivenciar uma caminhada em direção a uma maior conscientização coletiva.

O seminário central reúne os principais membros significativos dos grupos implicados no problema e consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo investigado. O seminário também desempenha a função de coordenar as atividades dos grupos satélites (grupos de estudos especializados, grupos de observação, informantes) e centraliza todas as informações coletadas e discute as interpretações que dão lugar a atas (THIOLLENT, 2011). Para Ferreira (2016), através dos seminários ou oficinas pode-se experimentar, na prática, o desenvolvimento da consciência coletiva dos membros participantes da pesquisa.

Assim, realizamos 6 seminários, designados de seminários centrais, no período de setembro a novembro de 2021, com duração média de 3 horas cada, e periodicidade semanal ou quinzenal com a participação de membros de cada grupo que compõe o que chamamos de quadrilátero da formação em saúde. Dessa forma, os seminários envolveram 16 pessoas incluindo: um representante da gestão; 7 do ensino (docentes e discentes do Curso de Odontologia inseridos no serviço ); 4 usuários do SUS (2 representantes da Associação dos Moradores do bairro, 1 agente cidadania que também é membro do Conselho Local de Saúde e 1 representante de uma escola municipal que está inserida no território da pesquisa) e 4 profissionais incluindo 2 cirurgiãs-dentistas, 1 enfermeira e 1 ACS da equipe verde ao qual faço parte.

A ausência de outros membros da equipe de saúde bucal como Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) no grupo de pesquisa decorreu do fato de que elas se encontravam em movimento de luta por direitos trabalhistas no momento da realização dos seminários. Além desses seminários, realizamos 3 atividades educativas com a participação do grupo de pesquisa que foram as seguintes: uma ação educativa com crianças no projeto Areninha, uma ação educativa na escola Municipal Prof. Anísio Teixeira com as turmas do infantil V e uma ação educativa com

gestante. Ademais, aconteceram 3 seminários, designados de seminários/ grupos satélites, entre a categoria dos dentistas que trabalham na UAPS para estruturar e elaborar um fluxograma para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal considerando as linhas de cuidado apontadas pelo grupo de pesquisa.

Nesses encontros buscou-se elaborar um plano de ação para as ações de educação em saúde bucal. Dentre as questões essenciais para a elaboração de um plano de ação na pesquisa-ação, destacamos as orientações de Thiollent (2011) que sugere definir com precisão: “Quem são os atores ou unidade de intervenção? Como se relacionam os atores e as instituições: convergências, divergências, conflito aberto? Quem toma as decisões? Quais são os objetivos e metas tangíveis e os critérios de avaliação? Como dar continuidade, apesar das dificuldades? Como assegurar a participação da população e assegurar suas sugestões? Como controlar o processo de avaliar os resultados?”.

Considerando o exposto, realizamos a pesquisa-ação concebendo seminários juntamente com o grupo de pesquisa com vistas a: programar os seminários, carga horária, mobilização dos participantes dentre outras atividades e realizar seminário para identificar e planejar estratégias a serem desenvolvidas na atenção primária.

**Fase 6** - Reunião com a gestão municipal, controle social, IES, preceptores de estágio, para apresentação das ações a serem implantadas no território da UAPS Anísio Teixeira. Esta reunião acontecerá após a finalização da nossa pesquisa e consiste em apresentar os resultados da dissertação para o público há pouco descrito.

**Fase 7** - Implantação, monitoramento e avaliação das estratégias de ação, de forma processual e contínua, conforme critérios estabelecidos pelo grupo em pesquisa. Este passo constitui-se numa sugestão a ser apresentada ao grupo para que, após o término do estudo possam sentir-se envolvidos pela possibilidade de continuidade e seguimento das ações com base nos seus anseios para desenvolver esta etapa.

Como técnica para coleta do material empírico, foram realizados os registros dos seminários por meio de gravação de áudio e registros fotográficos. Além disso, utilizamos o diário de campo na observação participante, a realização de conversas com informantes-chaves (usuários, profissionais do serviço, preceptores do curso de Odontologia, docentes, gestores, discentes) para obtenção de mais

informações sobre a realidade e realizamos seminários ou oficinas com o grupo de pesquisa, utilizando perguntas norteadoras da discussão.

Para os seminários adotamos uma nomenclatura representada pela letra “S” enumerando-os de um a nove. Os denominados de um a seis foram os seminários realizados com o grupo que envolve o quadrilátero. Já os seminários de sete a nove envolveram apenas a discussão entre a cirurgiãs-dentistas da UAPS e docente do curso de Odontologia.

Os encontros em grupo tiveram por objetivo identificar os problemas e definir as ações prioritárias a serem desenvolvidas considerando os temas necessidade em saúde/educação em saúde/saúde bucal, segundo os participantes do grupo de pesquisa junto à comunidade, profissionais de saúde, alunos, docentes, gestão, conselheiros de saúde/usuários. Dessa forma, os seminários foram conduzidos pela pesquisadora principal a qual contou com a colaboração dos demais membros do grupo.

No quadro 2 discorreremos como se deu a estruturação de cada seminário e os assuntos abordados:

Quadro 2: Descrição dos seminários.

S1	Boas-vindas; Dinâmica de apresentação; Apresentação do projeto de pesquisa; Assinatura do TCLE; Lanche; Roda de conversa com os participantes sobre as ações de educação em saúde bucal vivenciadas pelo grupo.
S2	Boas-vindas com alongamento; Relato de uma moradora a respeito da história do bairro enfatizando a questão do acesso às ações e serviços de saúde bucal em um período anterior à inauguração da UAPS; Lanche; Roda de conversa sobre as potencialidade do território para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal.
S3	Boas-vindas. Dinâmica com tema que gerou reflexões sobre o que seria abordado no encontro; Leitura de uma Situação-Problema (SP) e discussão sobre os desafios/limitações para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal; Lanche.

S4	Dinâmica de boas-vindas; Construção de um plano de ação para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal no território da UAPS Anísio Teixeira de acordo com as necessidades identificadas. Grupos para desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal identificados: escolares; gestantes; idosos com condições crônicas como hipertensão e diabetes e visitas domiciliares para pacientes acamados ou com outra condição que justifique a visita; Lanche.
S5	Boas-vindas; Apresentação e validação de material educativo construído pelas alunas do estágio; Oficina para construção coletiva de material educativo para as ações e validação pelo grupo; Lanche.
S6	Dinâmica de boas-vindas; Construção da Linha do Tempo dos seminários e das ações educativas; Apresentação e discussão do fluxograma das linhas de cuidado: escolares; gestantes; idosos e visitas domiciliares. Lanche. Encerramento com avaliação dos seminários.
S7	Discussão com a categoria das cirurgiãs-dentistas da UAPS Anísio Teixeira e docente do curso de Odontologia para sistematização da linha de cuidado dos escolares.
S8	Discussão com a categoria das cirurgiãs-dentistas da UAPS Anísio Teixeira e docente do curso de Odontologia para sistematização da linha de cuidado das gestantes.
S9	Discussão com a categoria dos cirurgiões-dentistas da UAPS Anísio Teixeira e docente do curso de Odontologia para sistematização da linha de cuidado dos idosos e visitas domiciliares.

Fonte: Própria autora,2022.

Para construção do plano de ação utilizamos a ferramenta 5W2H que consiste em um conjunto de sete questões para compor um plano de ação de maneira

rápida e eficiente. Esta ferramenta tem sido utilizada como um instrumento de direcionamento nos processos gerenciais de serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO; ZOCRATTO, 2020). Dessa forma, as questões a serem respondidas são as seguintes:

- O que:** o que deve ser feito?
- Porque:** por que precisa ser realizado?
- Quem:** quem deve fazer?
- Onde:** onde será implementado?
- Quando:** quando deverá ser feito?
- Como:** como será conduzido?
- Quanto:** quanto custará esse projeto?

Para promover a análise do material qualitativo, realizamos a Análise do Discurso (AD) pois acreditamos que essa consiste na mais apropriada para análise do nosso objeto. Orlandi (2000), traz que na análise do discurso procura-se compreender a língua fazendo sentido e que a entrada no simbólico é irremediável e permanente. Estamos comprometidos com o simbólico e o político. Não temos como não interpretar e isso nos coloca em estado de reflexão, pois diante de qualquer fato, de qualquer objeto simbólico somos instigados a interpretar.

No entanto, a Análise do Discurso não para na interpretação. Ela trabalha seus limites e mecanismos como parte dos processos de significação. Não existe uma “chave” de interpretação. Há método, há construção de um dispositivo teórico da interpretação. E em face a esse dispositivo teórico da interpretação há uma parte que é de responsabilidade do analista e uma parte que deriva da sua sustentação no rigor do método e no alcance teórico da análise do discurso. A formulação da questão que desencadeia a análise é de responsabilidade do analista do discurso (ORLANDI, 2000).

De maneira geral, a Análise de Discurso (AD) busca entender como um objeto simbólico produz sentidos e como ele está investido de significância para e por sujeitos, pois toda fala é uma forma de ação. E para isso, é necessário que os discursos sejam compreendidos e interpretados como práticas sociais determinantes e determinadas pelo contexto social e histórico. Assim, o analista de discurso se

coloca em um lugar que lhe permite contemplar e agir sobre o processo de produção dos sentidos e em suas condições (ORLANDI, 2000).

Para a interpretação do material empírico provenientes das conversas com informantes-chaves e das gravações dos seminários posteriormente transcritos nos ancoramos no referencial da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (2009). A definição desse referencial teórico deve-se ao fato de entrarmos no campo da linguagem dos sujeitos inseridos em um contexto sócio-histórico. Para Thompson (2009) a HP consiste em três estágios que estão em constante movimento que são: a Análise sócio-histórica, a Análise formal ou Discursiva e a Interpretação/Reinterpretação.

Nessa perspectiva, seguindo o percurso teórico sugerido por Ferreira, e fundamentado no arcabouço teórico-conceitual de Thompson (2009), apresentamos a seguir como ocorreu a análise das falas dos seminários:

**ETAPA 1:** Organização do material empírico para ordenação, identificação das falas em relação ao seminário de sua ocorrência. Paralelo a isso, designar uma cor para cada objetivo específico;

**ETAPA 2:** Leitura inicial do material grifando as falas com a cor referente a cada objetivo específico considerando o diálogo estabelecido entre a fala e o objetivo;

**ETAPA 3:** Construção de uma tabela com objetivos específicos e falas correspondentes (material bruto e colorido);

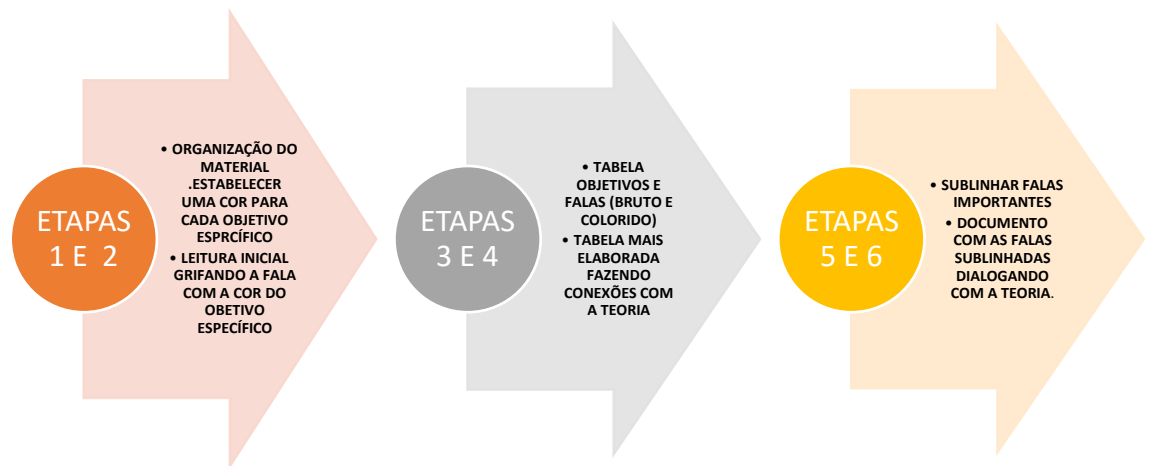
**ETAPA 4:** Construção de uma tabela mais elaborada selecionando as falas mais impactantes que dialoguem com os objetivos específicos apontando interrogações, limitações. Procurar estabelecer conexões com o referencial teórico.

**ETAPA 5:** Destacar com marca texto, sublinhar as falas que precisam estar na dissertação;

**ETAPA 6:** Construção de documento com as falas sublinhadas dialogando com a teoria, com o referencial teórico.



Figura 3: Etapas da análise das falas.



Fonte: Própria autora, 2022.

Concomitante a esse processo descrito acima realizamos um estudo crítico dos discursos gravados na realização dos seminários, procurando considerar elementos como o grau de percepção e envolvimento dos participantes assim como questões relacionadas a sintaxe, semântica e às metáforas contidas no texto. Em relação aos discursos, realizamos também algumas correções das falas originais dos participantes sem distorcer sua estrutura e as ideias dos participantes. Mantivemos expressões próprias da linguagem coloquial que não compromettesse o decoro e respeitamos o anonimato dos sujeitos envolvidos. Em seguida, submetemos os conteúdos a uma categorização temática a partir de um diálogo aproximado com os objetivos e o referencial teórico revisado para a pesquisa.

#### 4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa será desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) já que se trata de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012). Dessa forma, foi submetida e aprovada após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com número de parecer 4.597.191. O projeto foi

submetido também à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza sendo concedida a declaração de anuência para o desenvolvimento da pesquisa nas dependências da CORES VI.

Para a realização do trabalho de campo com os participantes da pesquisa, foi solicitada, a autorização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que descreve a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa quando assim quiserem. Foram assegurados a confidencialidade e o sigilo aos participantes da pesquisa informando-os de que sua participação ou não nessa pesquisa não acarretaria qualquer benefício indevido, nem prejuízo de nenhuma natureza.

Para aqueles que reafirmaram a intenção de participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo disponibilizada a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Passos iniciais para a formação do grupo de pesquisa e o reconhecimento do território**

Inicialmente nos propomos a realizar um breve resgate das etapas necessárias para o reconhecimento do território de investigação, bem como para a formação do Grupo de Pesquisa. Dessa forma, discorreremos sobre as diversas visitas às instituições e ao território da pesquisa, para então avançar na formação do grupo, estruturação e organização dos resultados da pesquisa.

O primeiro passo foi realizar visitas exploratórias ao território da pesquisa que compreende a área adscrita à UAPS Anísio Teixeira. Para tanto, procedemos com a observação livre, consultas a mapas e organogramas, conversas com informantes-chaves sobre como se constitui esse território, seus limites geográficos, as condições de vida e de saúde. Em seguida, procuramos identificar também as áreas de abrangência de cada uma das 6 equipes da ESF que compõem essa Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Para que isso ocorresse, estabelecemos diálogo sistemático com gestores e profissionais de saúde, usuários do SUS, membros da Associação dos Moradores do bairro, coordenação de saúde bucal, setor de vigilância à saúde e ainda com a Instituição de Ensino Superior (IES) que tem campo de estágio no território da pesquisa, entre outros. Além disso, nesse processo realizamos uma pesquisa documental sobre a situação de saúde local com base em informações contidas em base de dados oficiais como também através de visitas in loco ao território da pesquisa e à CORES VI.

A primeira visita foi à Coordenadoria Regional de Saúde VI (CORES VI), onde apresentamos o projeto, os objetivos e sujeitos da pesquisa enfatizando a importância da participação social como uma questão central para o nosso estudo. Reafirmamos a necessidade da participação da gestão na tentativa de promover um debate mais consistente entre gestão, atenção, IES e usuários do SUS. Nosso propósito era o de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade a partir do desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal consoantes com as necessidades em saúde identificadas.

As visitas se seguiram em diversos segmentos implicados no desenvolvimento da pesquisa. Visitamos à Universidade de Fortaleza onde nos reunimos com o coordenador atual do Curso de Odontologia. Nessa oportunidade, também apresentamos o projeto de pesquisa, esclarecemos algumas dúvidas e solicitamos o plano pedagógico, plano de ensino e o plano de estágio do curso para que compreendêssemos de que forma as competências esperadas para o egresso do curso de Odontologia são atendidas a partir desses planos e de como podemos contribuir enquanto serviço nesse intuito. Na ocasião da visita, o coordenador disse não enxergar nenhum impedimento em relação à participação dos estudantes e docente na pesquisa.

Figura 4: Foto visita a Universidade de Fortaleza



Fonte: Acervo da pesquisa

A visita inicial para o reconhecimento do território ocorreu no primeiro semestre de 2021 com a presença de duas pesquisadoras sendo acompanhadas por uma gestora da unidade que também reside no território. No ato dessas atividades registrávamos nossas percepções e observações em diário de campo. Constatamos que a área é bem extensa e apresenta diversas realidades socio sanitárias. É uma área em grande parte residencial, mas também abriga empresas, comércios locais e atividades de prestação de serviço. A área conta com equipamentos sociais e de lazer como escolas, creches, praças, campos de Futebol, Associação de Moradores, Igrejas, Institutos que oferecem cursos de arte e de esportes para as crianças do território. No entanto, coexistem realidades diferentes onde foi possível identificar condições menos favoráveis de habitação, falta de saneamento básico com

problemas no abastecimento de água, tratamento de esgoto e coleta do lixo e áreas com ausência de equipamentos de lazer.

Figura 5: Foto visita exploratória ao território da pesquisa



Fonte: Acervo da pesquisa.

Em relação ao serviço de saúde, conversamos com vários trabalhadores de saúde da UAPS Anísio Teixeira, como a gestora da unidade, a enfermeira da equipe verde, agentes comunitários de saúde, profissionais das equipes de saúde bucal como auxiliar de saúde bucal (ASB) e dentistas que integram outras equipes. Conversamos também com um funcionário do Ministério da Saúde que se encontra cedido ao município desempenhando funções de vigilância em saúde, mais precisamente de vigilância epidemiológica no território dessa UAPS, e que nos forneceu dados para melhor compreensão das principais doenças e agravos que ocorrem na área. No momento da coleta do material empírico a equipe verde encontrava-se sem o profissional médico justificando assim a ausência dessa categoria profissional na pesquisa. Além disso, realizamos atividades com enfermeira da equipe como consultas compartilhadas de puericultura, visitas domiciliares à pacientes adscritos a nossa equipe com a presença da ACS e reuniões de equipe que permitem planejar e avaliar as ações desenvolvidas sendo um espaço importante para a troca de saberes.

Figura 6:Foto UAPS Anísio Teixeira



Fonte: Acervo da pesquisa.

Realizamos também uma visita à Associação dos Moradores do Alto Alegre e Alto da Boa Vista. Nessa oportunidade, conduzimos uma reunião com dois membros da Associação e uma conselheira local de saúde que também exerce a função de agente cidadania na área. O intuito dessa reunião foi explicar como se daria a pesquisa, obter mais informações sobre o território, convidá-los a integrarem o grupo de pesquisa e ainda solicitar o espaço para a realização dos seminários. Foi colocado a questão da importância de se ter representantes das diversas áreas adscritas à unidade e ficou acordado que uma das pessoas ali presentes iria contactar com essas lideranças e convidá-los a participar da primeira reunião para formação do grupo de pesquisa.

Figura 7: Foto da Associação dos Moradores .



Fonte: Acervo da pesquisa

No primeiro dia de estágio extramuro do curso de Odontologia na unidade foi dado as boas-vindas ao grupo e realizada uma breve apresentação da unidade com seus setores e profissionais. Em seguida, realizamos uma reunião no consultório odontológico acolhendo a docente e alunas com uma dinâmica, explicamos o funcionamento do setor odontológico quanto aos atendimentos clínicos durante a pandemia de covid-19 e apresentamos o projeto de pesquisa. Todo o grupo se interessou em participar da pesquisa e foi proposto uma espécie de rodízio para que as alunas vivenciassem tanto as atividades clínicas/assistenciais como pudessem também participar dos seminários. No entanto, devido a problemas estruturais no consultório odontológico não houve o revezamento e assim todas as discentes junto com a docente do curso passaram a participar dos seminários.

As conversas com os informantes-chaves foram realizadas pela pesquisadora principal em um momento anterior à formação do grupo de pesquisa e realização dos seminários. Esses foram representados pelos diversos atores implicados no processo, tais como: usuários que moram a mais tempo no território da pesquisa, profissionais de saúde que atuam na UAPS Anísio Teixeira e uma gestora da unidade. Aos informantes-chaves questionávamos: *Quais os principais problemas de saúde que acometem a população da área? Quais os principais problemas da área que podem afetar a saúde das pessoas? Como você percebe o trabalho da Unidade de Saúde em relação a esses problemas identificados? Existe um trabalho de Educação em Saúde voltados para esses problemas? Como você avalia a inserção do serviço na comunidade? Você considera que o ensino (com seus professores e alunos) agrega no serviço prestado aos usuários do SUS?*

A essas perguntas os informantes-chaves citaram, de maneira geral, que os principais problemas de saúde da área são: hipertensão e diabetes; problemas cardíacos; IST; doenças mentais como ansiedade, depressão, dependência química pelo uso de drogas; obesidade e subnutrição; problemas respiratórios e problemas odontológicos. Dentre os problemas da área que podem afetar a vida das pessoas os informantes-chaves enxergam que a ausência de saneamento básico, o tráfego de drogas, as condições socioeconômicas da comunidade, a falta de segurança bem como a desinformação/deficiência para o autocuidado são os principais.

Em relação ao trabalho educativo desenvolvido pela Unidade de Saúde, alguns informantes-chaves relataram desconhecimento no que diz respeito a existência desse trabalho e outros mencionaram que essas atividades aconteciam de

forma pontual, mas foram afetadas ou até suspensas devido à pandemia de covid-19. A avaliação da inserção do serviço e do ensino na comunidade é de que isso representa um grande potencial que pode trazer benefícios para a saúde da população necessitando, no entanto, de planejamento, de continuidade e de mais estímulo para se obter resultados.

A formação do grupo se deu após diálogo sistemático e convite aos sujeitos durante as visitas exploratórias para se fazerem presentes ao primeiro seminário onde apresentamos o projeto de pesquisa, seus objetivos, esclarecemos as dúvidas e seguimos para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos participantes do grupo de pesquisa, estes apresentam um perfil heterogêneo em relação à idade, escolaridade e ocupação sendo 15 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades variando entre 21 e 57 anos. Todos os seminários aconteceram na Associação dos Moradores do Alto Alegre e Alto da Boa Vista que está localizada na área de abrangência da unidade.

Depois dessa exposição, daremos seguimento sistematizando os resultados e discussões dessa pesquisa-ação de forma integrada. Dessa forma, optamos em não analisar cada seminário isoladamente. Nossa análise ocorreu em categorias temáticas procurando estabelecer um diálogo entre as percepções do grupo, os objetivos do estudo e a literatura revisada para o tema. Procuramos evidenciar as potencialidades e limitações que emergiram nos discursos dos sujeitos e a essência do processo vivido por todos.

## **5.2 Pondo a mão na massa e o pé no chão: tópicos para análise e discussão**

### ***5.2.1-Diagnóstico situacional e as principais necessidades em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal***

#### *5.2.1.1 Determinantes Sociais em Saúde e a compreensão do processo saúde-doença em um contexto de vulnerabilidade social.*

Compreende-se por Determinantes Sociais em Saúde (DSS) os fatores sociais, econômicos, étnicos /raciais, culturais, psicológicos e comportamentais que geram influências nos problemas de saúde e em seus fatores de risco. De maneira geral, os DSS podem ser definidos como fatores de ordem social que interferem no processo saúde-doença das pessoas. Entende-se ainda, como fatores que podem ser



modificados por meio de informações que possibilitem intervenções nas condições implicadas no adoecimento dos sujeitos e da coletividade (BUSS, 2007).

Na América Latina, desde o final da década de 1970, a corrente de estudos da medicina social e saúde coletiva propôs uma ruptura da explicação do processo saúde-doença como um fenômeno individual, ou seja, descontextualizado dos processos históricos e sociais. Propõe-se, desde então, um conceito ampliado de saúde ao considerar os fatores sociais, psicológicos além de físicos envolvidos no adoecimento das pessoas e coletividades (BUSS, 2007).

Nesse âmbito, um estudo sobre os DSS em uma área de ocupação de alta vulnerabilidade social, foi capaz de revelar que a desigualdade no acesso a serviços básicos e a privação de direitos de cidadania impactam diretamente sobre a saúde das pessoas que vivem sob essas condições. Dificuldades no acesso a serviços de saúde, moradia digna, saneamento básico, trabalho e renda adequados foram alguns dos fatores associados ao adoecimento da população nesse estudo. (CASTELANELI *et al.*, 2019).

Em relação à saúde bucal e DSS, um estudo realizado por Passos *et al.* (2011) mostrou que no Brasil reflete a desigualdade socioeconômica e as dificuldades no acesso à atenção à saúde bucal para a maioria da população. Dessa forma, faz-se necessário políticas públicas voltadas para a equidade.

A dimensão dos DSS está presente também nas falas dos participantes da pesquisa:

[...]Porque uma mãe carente, ela não vai deixar de comprar um arroz e um pão para comprar uma escova de dente. Ela não vai deixar. Ela acha que alimentar os filhos é o mais importante. Eu vou ser muito sincera, eu amava quando chegavam da escola cada um com sua escova de dente e seu creme dental. Porque é uma despesa a menos para mim, está entendendo? (S1)

[...]Por várias questões que a gente sempre discute aqui, questões socioeconômicas, essa é extremamente importante. Tem crianças que a gente sabe que passam o dia só, estão na rua. Então essas crianças comem o que tiver, alguém oferece alguma coisa...Oferece um recheado e assim vai. E assim vão se criando. A escola tem condição de dar isso, mas não tem como dar sequência a esse cuidado porque quando chega em casa tem a barreira do dinheiro. (S1)

Entendemos que as questões socioeconômicas impactam no direito de escolhas de hábitos de vida mais saudável e que políticas públicas que extrapolem o setor saúde se fazem necessárias para minimizar as desigualdades de acesso seja à informação, à alimentação, a bens e acesso a serviços, dentre outros. O território da

pesquisa situa-se em uma área de vulnerabilidade social na periferia da capital cearense onde se faz necessário compreender as condições de vida, aproximar-se da realidade e assim organizar as ações de saúde no intuito de se atender aos princípios do SUS.

No campo das políticas públicas voltadas para a saúde bucal, foi proposta pelo Ministério da Saúde a inclusão das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) visando ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, estimulando dessa forma, a reorganização destas ações no nível primário de atenção (BRASIL, 2000). Outra política importante para a área da saúde e educação é o Programa Saúde Escola (PSE), instituído por meio do Decreto Presidencial nº 6286 de 2007 (BRASIL, 2007).

Observa-se então, na Odontologia, a partir da Estratégia de Saúde da Família, uma mudança de paradigma onde se busca olhar o paciente como um todo e não só os problemas bucais caminhando na direção da ampliação da clínica e na intervenção nos fatores determinantes da saúde.

#### *5.2.1.2 Identificando as necessidades em saúde, os problemas e suas possíveis causas*

Nesse período pós Constituição de 88, com o surgimento da nova política nacional de saúde, criou-se a possibilidade de novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais do SUS (trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e a população), para de forma conjunta, intervir na solução das necessidades da sociedade. Nesse contexto, evidencia-se a importância da inserção da Odontologia no SUS, como estratégia de transformação da prática ao introduzir novos conceitos, conteúdos e formas de organização para a melhoria das condições de saúde bucal da população (CORDÓN, 1997).

As ações desenvolvidas pelas equipes da ESF incluindo as equipes de saúde bucal devem ser voltadas para à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças. A ampliação da atenção primária em saúde bucal aponta para a necessidade de se investigar como se formulam e se instalam as práticas de saúde bucal em diferentes contextos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem (CHAVES, 2007).

Nesse sentido, considerando o processo educativo em que atores sociais estão imersos, questões como demanda, vulnerabilidade social e ações de promoção e prevenção em saúde bucal surgem nos discursos:

“[...]mas eles não pensam numa comunidade enorme que tem aqui e um único posto de saúde. Aí as pessoas passam um mês todinho lá do bairro ansioso para chegar dia 20, dia 20 fica todo mundo ansioso [...] para quando você chegar lá ter aquela decepção de 9 horas não ter mais nada... a gente até já pediu uma ampliação do posto porque a demanda é muito grande”. (S2)

“Então um grande problema não é só a quantidade de pessoas, mas também ou até mais a questão da vulnerabilidade social. É o que a gente vê muito nas nossas unidades”. (S3)

“[...]E eu acho de uma extrema necessidade as ações educativas porque na minha visão, acho que a saúde bucal em relação a esses territórios de periferia, eles precisam realmente desse apoio. Existe realmente muita essa carência na parte odontológica, nem todo mundo pode ter um plano odontológico. As necessidades dos pacientes são imensas.” (S2)

Dessa forma, achamos pertinente trazer dados referentes ao território da pesquisa no intuito de aprofundar a discussão. De acordo com consulta realizada no Sistema Fastmedic de Fortaleza em agosto de 2021, a UAPS Anísio Teixeira tem aproximadamente 17.00 pessoas cadastradas, tendo predominância de adultos jovens (0-19 anos: 29,65%, 20-59 anos: 59,40% ,60 anos ou mais: 10,94% ). No quadro abaixo seguem dados sobre o cadastro da população residente por grupo de faixa etária e sexos.

Quadro 3: População residente na área adscrita à UAPS Anísio Teixeira por grupos de faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor que 01 ano	57	61	118
01 ano	92	98	190
02 anos	134	124	258
03 anos	150	115	265
04 anos	120	111	231
05 a 09 anos	726	643	1369
10 a 14 anos	640	602	1242
15 a 19 anos	653	684	1337

20 a 24 anos	636	720	1356
25 a 29 anos	686	879	1565
30 a 34 anos	693	757	1450
35 a 39 anos	644	844	1488
40 a 44 anos	521	742	1263
45 a 49 anos	488	601	1089
50 a 54 anos	439	527	966
55 a 59 anos	351	509	860
60 a 64 anos	256	356	612
65 a 69 anos	185	267	452
70 a 74 anos	127	173	300
75 a 79 anos	79	120	199
80 anos ou mais	107	179	286
TOTAL	7784	9112	16896

Fonte: Sistema Fastmedic de Fortaleza - Agosto 2021.

A partir destas falas, percebe-se que não basta somente atentar para o critério de distribuição de equipes por número de pessoas adscritas para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Outros elementos precisam ser considerados como a situação de vulnerabilidade social da população. Este configura-se em um conceito que está diretamente associado a fatores socioeconômicos, a condições de moradia, educação, entre outros. De outra forma, atender a apenas um critério não é suficiente para prestar um bom atendimento para a população no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Esta UAPS conta com 6 equipes da ESF e com 4 equipes de saúde bucal para atender à demanda de saúde bucal de toda a área de abrangência. De acordo com a PNAB de 2017 que aponta que a cobertura populacional recomendada por eSF e eAB deve ser de uma equipe para 2000 a 3500 pessoas, observa-se que em relação às equipes da eSF a UAPS encontra-se dentro dos padrões preconizados. No entanto, há de se considerar a questão da vulnerabilidade social dos usuários e o fato de serem em sua maioria usuários exclusivos do SUS. Somado a isso, observa-se que no momento da realização da coleta dos dados a população encontrava-se em um

contexto pandêmico onde ocorreu, por vários meses, uma reorganização dos processos de trabalho o que gerou uma demanda reprimida em vários serviços inclusive na assistência odontológica. Sobre isso, estudo realizado por Bousquat *et al.* (2020) refere que em uma pesquisa nacional, 89,5% dos profissionais da ESF reportaram adaptação dos fluxos de atendimento nas unidades para atender os casos de COVID-19.

No que diz respeito às questões relacionadas a vulnerabilidade social e saúde bucal, Peres Neto *et al.* (2017) encontraram em um estudo a associação positiva entre risco familiar através da utilização da escala de Coelho e Savassi e individual (através de classificação de risco odontológica) em escolares de uma região do interior de São Paulo. Ainda sobre isso, os inquéritos populacionais de saúde bucal no Brasil mostram diferenças na distribuição da cárie entre grupos populacionais e regiões havendo uma correlação entre uma carga de doença mais elevada nos grupos e regiões menos favorecidos economicamente (NARVAI *et al.*,2006).

A baixa cobertura da população por equipes de saúde bucal em contextos sociais menos favorecidos economicamente pode acarretar aumento da prevalência de doenças bucais, a exemplo da cárie. Estudo sobre a prevalência e severidade da cárie dentária em um município em condição de vulnerabilidade social sugere que as crianças e adolescentes tem alta prevalência de lesões cariosas ressaltando a necessidade de implantação de políticas sociais voltadas para populações com nível socioeconômico menor (TSUZUKI *et al.*,2018). Nesses cenários, de acordo com Lemkuh *et al.* (2015), intervenções educativas e preventivas são necessárias para o enfrentamento dos problemas bucais.

Nesse escopo, diante da realidade e do processo vivido na busca de compreendê-la e da proposta de se trabalhar as ações de educação em saúde bucal numa perspectiva interprofissional e transdisciplinar, o grupo passou a apontar que ações são mais necessárias:

“Eu vou falar como mãe também. A escola é muito importante. A saúde bucal estar na escola é muito importante[...].Começando essa parceria no infantil, começando as ações de saúde bucal no infantil [...]Para uma criança com 5, 6 anos cuidar dos dentes fará parte do cotidiano”. (S1)

“A gente já sabe que existem estudos que apontam uma relação entre problemas odontológicos e parto prematuro, baixo peso do bebê ao nascimento. Então é importante essa troca com as gestantes, essas ações de promoção e prevenção para que elas tenham esse conhecimento sobre sua saúde bucal e geral “. (S4)

“Importante também esse cuidado da higiene bucal no acamado, porque às vezes não é realizado de forma satisfatória pelos cuidadores”. (S1)

“ É necessário garantir uma melhor qualidade de vida na terceira fase da vida”.(S4)

Observa-se que o grupo aponta a necessidade de se trabalhar a educação em saúde bucal por ciclos de vida com foco nas crianças/escolares, gestantes, idosos além das visitas domiciliares para pacientes acamados da área. Entendemos que essas escolhas viabilizam a centralidade das ações de educação em saúde nas pessoas e famílias com suas necessidades e permitem um olhar ampliado da clínica para além da doença. Por conseguinte, isso possibilita a atuação da equipe com vistas a se trabalhar inter e transdisciplinarmente com possibilidades reais de se fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade.

A visita domiciliar a pacientes acamados apresenta-se como uma ferramenta capaz de promover acesso e atenção à saúde de forma integradora. Existe a necessidade de atividades de educação em saúde bucal para o paciente acamado e seu cuidador, orientação quanto a higiene oral, identificação de lesões orais e tratamento clínico (MORAES;COHEN, 2021).

De acordo com Pinto *et al.* (2018), a escola assume um papel importante para o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas de forma contínua, sendo capaz de atingir o grupo de polarização que ainda sofre em decorrência da doença cárie visto a influência de fatores socioeconômicos, demográficos e socioeducativos.

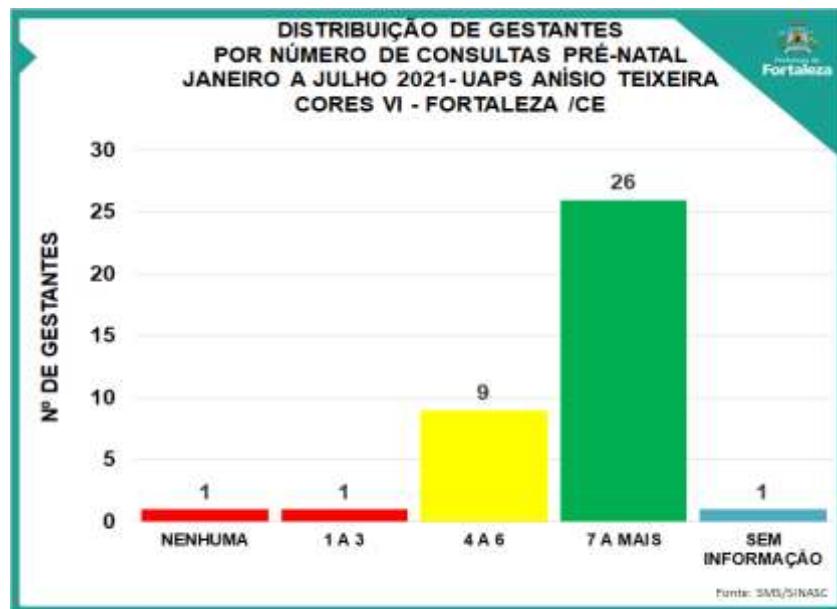
Em relação as gestantes, constituem-se em um grupo estratégico para a educação em saúde bucal por ser um período propício à incorporação de informações sobre sua saúde mais do que em qualquer outro momento. É importante que essas atividades educativas sejam realizadas multidisciplinarmente, de forma individual e/ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, salas de espera, intervenções comunitárias, entre outros (MOIMAZ *et al.*,2010)

Schwab *et al.* (2021) realizaram um estudo com o objetivo de verificar os fatores associados ao desenvolvimento de atividades educativas relacionadas à saúde bucal durante o acompanhamento de pré-natal em uma região metropolitana do sudeste brasileiro. Concluíram que o número elevado de consultas de pré-natal, cobertura de serviços de saúde no formato da ESF e condições externas de moradia

adequadas foram fatores que se associaram positivamente às atividades educativas durante o pré-natal.

Sobre o número de consultas de pré-natal na UAPS Anísio Teixeira, de acordo com o gráfico que apresentamos a seguir, pode-se observar que houve um bom número de consultas, o que pode ser um bom indicador para a realização das atividades educativas com esse público.

Gráfico 1: Distribuição de gestantes por número de consultas pré-natal de janeiro a julho de 2021 na UAPS Anísio Teixeira.



Fonte: SMS/SINASC

No que concerne à população idosa, sabe-se que o envelhecimento da população é uma tendência no mundo e com isso esse público torna-se mais susceptível ao desenvolvimento de problemas de saúde e de doenças apresentando frequentemente hipertensão arterial, diabetes, osteoporose e ansiedade (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015). Somado a isso podem apresentar déficit cognitivo, dificuldade motora e baixa autoestima, podendo influenciar diretamente na sua saúde bucal. Por conseguinte, uma saúde bucal fragilizada acarreta dificuldades mastigatórias com comprometimento da qualidade de vida, com efeitos na alimentação, no bem-estar geral e na imagem do indivíduo (PETRY; LOPES; CASSOL, 2019).

A população de idosos cadastrada na UAPS Anísio Teixeira corresponde a quase 11% da população total (FORTALEZA, 2021). Apesar de serem prioritários,

ainda não dispomos de ações de promoção e prevenção em saúde bucal de forma sistemática voltadas para esse público. Esses idosos geralmente vivem em condições precárias, enfrentam dificuldades, sobretudo no acesso aos cuidados de saúde, à alimentação adequada, à espaços de lazer, o que impacta na sua saúde bucal e geral. Assim, ações de educação em saúde bucal para os idosos podem se configurar uma estratégia capaz de impactar positivamente na qualidade de vida dessa parcela da população. Nesse escopo, de acordo com Ferraresso *et al.* (2021), temos uma parcela importante da população que requer, além de políticas públicas resolutivas, o desenvolvimento de atividades preventivas e promotoras de saúde que os envolvam e a seus cuidadores. Essas ações de saúde bucal em ambientes mais acessíveis podem ser viabilizadas por meio da integração ensino-serviço-comunidade (IESC).

A IESC constitui-se em um trabalho coletivo articulado e pactuado por professores, estudantes, preceptores, gestores, comunidade usuária do SUS e agentes dos diferentes equipamentos sociais (FORTE *et al.*, 2020). Nesse sentido, ainda de acordo com Forte *et al.* (2020), a presença de estudantes e professores em estágios supervisionados no SUS, democraticamente articulada com as administrações municipais e equipes multiprofissionais de saúde, potencializa aprendizados recíprocos e benefícios para a comunidade assistida. Além disso, contribui para o delineamento de uma cultura formativa que contempla os desafios cotidianos da política pública de saúde, sejam eles de vigilância, gestão, educação permanente, regulação, assistenciais, preventivas ou outros .

No âmbito da formação em saúde para o Curso de Odontologia, estudo baiano destaca que para se atingir os objetivos pedagógicos é necessário considerar diversos fatores. Assim, além da capacitação docente e estruturação do curso a partir do conceito de integralidade, é premente promover a sensibilização dos estudantes, a interlocução com os preceptores e a participação ativa de todos os protagonistas colaborando e retroalimentando a integração Ensino-Serviço-Comunidade (BORGES *et al.*,2022).

### *5.2.1.3 Processos de trabalho das equipes de saúde bucal na UAPS Anísio Teixeira e o desenvolvimento de ações de educação em saúde*

No Brasil, algumas características relacionadas a processos de trabalho, diferenciam a Atenção Primária à Saúde da maioria dos modelos de outros países tais



como: responsabilidade das equipes multiprofissionais por territórios geográficos definidos com uma população adscrita, a presença singular dos agentes comunitários de saúde e a presença da atenção odontológica no sistema público de saúde (MENDONÇA, 2011). O fortalecimento da APS tem sido pautado em processos marcados por avanços e recuos, por meio da implantação da ESF, com ênfase na reformulação dos processos de trabalho segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

De acordo com Melo *et al.* (2018), no que concerne às modalidades de organização da Atenção Básica, entende-se que os elementos de maior centralidade na direção de uma APS abrangente e integral são os atributos e diretrizes que a orientam, não apenas os formatos. No entanto, há diferentes chances de sucesso da APS segundo a composição e processos de trabalho das suas equipes.

Nesse sentido, consideramos pertinente discutir os contextos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em sua edição de 2017 comparando-a com a versão de 2011 a partir de elementos que remetem à conservação, descontinuidade e à novas orientações.

Assim, destaca-se que a base conceitual da Atenção Básica (AB) foi preservada nas duas versões em questão. No entanto, mudanças significativas na dimensão organizativa e funcional indicam flexibilização da modalidade de organização – Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB tradicional. Soma-se a isso, mudanças na composição da equipe, no quantitativo de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e nas suas atribuições singulares. Na gestão, a inovação é a gerência da Unidade Básica de Saúde. No que tange ao financiamento, a responsabilidade dos três entes federados foi mantida, com pouca perspectiva de ampliação de recursos financeiros. Observa-se um maior protagonismo dos gestores formais na PNAB de 2017 e em parte, um enfraquecimento ou desconsideração dos posicionamentos do controle social na tomada de decisão. Essas e outras mudanças são consideradas inoportunas oferecendo condições de desmonte da ESF, além de fomentar uma separação entre os atores políticos do SUS (MELO *et al.*, 2018).

Em relação à saúde bucal, a PNAB de 2017 descarta a obrigatoriedade da presença das equipes de saúde bucal atreladas às equipes de saúde da família. Em seu texto refere que poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal o que desfavorece a atenção primária ao não considerar princípios como a integralidade em saúde. Nesse sentido, Scherer

*et al.*, (2018) referem que os profissionais convivem com contradições que limitam a atuação integrada da eSB com a saúde da família: de um lado são colocadas atribuições comuns a todos os profissionais das equipes e ao mesmo tempo eles constituem duas equipes distintas. Ou seja, segundo as normativas, os profissionais de saúde bucal não compõem a equipe mínima da ESF, podendo ser incluídos ou não segundo a decisão dos gestores locais.

Para além da ampliação do acesso, a inclusão da saúde bucal na ESF tem se constituído em possibilidade de romper com a prática odontológica excludente, tecnicista e biologicista, representando oportunidade de mudança no processo de trabalho e por que não dizer, na formação para a área da saúde. Outros estudos que já se debruçaram sobre o processo de trabalho apontam avanços no acesso, acolhimento e vínculo, por um lado, mas poucos resultados nas práticas de promoção de saúde, territorialização e abordagem interdisciplinar (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

O município de Fortaleza possui 380 equipes de saúde da família e 290 equipes de saúde bucal, o que corresponde a uma cobertura de 54% e 40% respectivamente. Portanto, torna-se evidente a necessidade de ampliação do quantitativo de equipes, com o objetivo de proporcionar um serviço de saúde bucal adequado para a população de Fortaleza. A necessidade de aumento da oferta de serviços de saúde bucal nas Atenções Secundária e Terciária também foi constatada diante da importância de acompanhamento dos pacientes de forma integral (FORTALEZA, 2016).

Na UAPS Anísio Teixeira identificamos uma situação semelhante ao encontrado no município de Fortaleza no que se refere à cobertura de equipes de saúde bucal. No momento da coleta dos dados tínhamos uma cobertura de apenas 50% da população com equipes de saúde bucal o que impacta no desenvolvimento das ações assistenciais, de promoção e preventivas:

“A gente ficou por muito tempo recebendo muitas batidas na porta da coordenação, muitas reclamações... Porque a gente só tinha três equipes e a gente era para atuar com 6 equipes. Quer dizer, a gente tem uma população para 6 equipes e a gente estava com três equipes, então houve muitas reclamações lá na porta”. (S1)

“A doutora falou aqui da prevenção. É importantíssimo que não se trabalhe só no combate, se trabalhe na prevenção, mas não tem como você trabalhar na prevenção se não tem o profissional”. (S2)

A baixa cobertura de eSB no território da pesquisa interfere diretamente nos processos de trabalho na APS acarretando prejuízos para a integralidade do cuidado, ao tempo em que favorece a predominância de ações curativas individuais. De acordo com Faccin; Sebold; Carcereri (2010), alguns fatores contribuem para uma predominância das ações curativas pelo CD no âmbito da APS, tais como: dificuldades de ajustes desses profissionais ao sistema público de saúde e suas concepções do processo saúde-doença; a hegemonia da odontologia de mercado e o próprio processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF. Além disso, o modelo de atenção da própria ESF ainda é pouco focado nas necessidades de saúde do território, na participação comunitária e no enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial (SCHERER *et al.*, 2018).

Observa-se que a própria política municipal não estimula as potencialidades que a APS tem como aquelas que envolvem o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção favorecendo práticas curativistas e individuais. De acordo com a linha guia de saúde bucal de 2016, as equipes de saúde bucal do Município de Fortaleza devem dedicar pelo menos 1 turno do seu trabalho para o desenvolvimento das atividades extra clínicas, atividades essas que busquem desenvolver ações de promoção e prevenção como visitas domiciliares, ações de saúde bucal do programa saúde na escola (PSE), puericultura e grupos de educação em saúde. Na prática, o que acontece de fato é a organização das agendas considerando apenas um turno para o desenvolvimento dessas ações. Ainda constatamos, ao analisar as agendas dos profissionais, que não há um turno comum aos profissionais de uma mesma equipe para realização de ações educativas o que desfavorece a atuação na perspectiva da interprofissionalidade. Sobre isso são levantadas algumas questões no discurso dos sujeitos participantes:

“Não tem um transporte, o próprio horário, a carga horária não é voltada para fazer esse trabalho aqui. De acordo com o que a gente pode fazer, a gente pode fazer em um turno durante a semana, nesse turno tem que realizar outras coisas, outras atividades como o planejamento que não é considerado”.(S3)

“Fala também que a equipe não tem um dia para se reunir porque as agendas estão sempre muito cheias [...].Mas se não tem educação em saúde com certeza muitos habitantes vão estar lá no posto querendo vaga para uma ação curativa”.(S3)

Na presente pesquisa, evidenciou-se que não há planejamento sistemático das atividades de saúde bucal, convergindo com os resultados de Pimentel *et al.*(2012) em estudo realizado em Pernambuco, o que tem dificultado a obtenção de uma adequada assistência odontológica à população. A dificuldade de mudar o processo de trabalho pode estar relacionada com os ajustes desses profissionais ao sistema público de saúde, que é considerada uma questão problemática, haja vista que a atenção odontológica pública demanda outras habilidades e competências de integração, planejamento e programação em saúde (SCHERER *et al.*, 2018). Conhecer o trabalho do outro é uma das condições para a integração da equipe e para a construção conjunta de uma agenda, possibilitando momentos que, quando articulados, têm potência para promover a integralidade da atenção à saúde. O conhecimento do território e da população deve fazer parte da rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família pois se constituem em elementos necessários para o planejamento, monitoramento e avaliação (PIMENTEL, 2012).

Diante das potencialidades registradas e percebidas destaca-se o reconhecimento do grupo sobre a importância das práticas educativas, tendo em vista que estas podem gerar mudança na vida dos usuários. No entanto, constata-se ao mesmo tempo pouca valorização das atividades educativas quer seja pela gestão, quer seja pela própria comunidade:

“Então a gente vê o quanto é importante. O depoimento de uma mãe, de uma conselheira de saúde. A gente vê que às vezes a gente foca muito na clínica. Acha que a orientação não é importante. Mas no fundo a gente pode evitar aqueles problemas que batem na nossa porta do consultório realizando essas ações de educação em saúde”. (S1)

“[...]Pegando o gancho do planejamento e organização com a escola. A gente lembra também que muitas vezes a população não valoriza um encontro de educação em saúde. Isso aí a gestão olha e diz: organizei, mobilizei... Já é difícil entender deixar uma equipe desenvolver uma ação de educação em saúde e a população não comparecer... Era uma enfermeira, um médico que poderiam ter atendido tanto número de pacientes. Então as ações de educação em saúde não são valorizadas nem pela gestão e nem pela população.... Realmente é como se não tivesse valor ou mais valor do que uma única consulta para uma única pessoa”(S3).

Nesse sentido, de acordo com estudo baiano, salienta-se que o estímulo ao desenvolvimento do processo da autonomia dos sujeitos é complexo e este fato precisa ser reconhecido por todos os envolvidos no processo, sejam profissionais e gestores da saúde, bem como a própria comunidade, compreendendo a singularidade

de que a educação é consequência de um pensamento sem molduras sociais ou pré-requisitos científicos (BRASIL; SANTOS, 2018).

Os participantes da pesquisa apontam potencialidades e fragilidades no fazer cotidiano das equipes, ora revelando integração, ora fragmentação das ações:

“Eu coloquei como potência a própria equipe da estratégia de saúde da família, incluir o ACS, enfermeiros, médicos. Muitas vezes na consulta de puericultura já pode fazer uma orientação. A gente também pode se somar nessas consultas, fazer uma consulta compartilhada, é uma potencialidade também. Trabalhar a educação em saúde na perspectiva da clínica também”. (S2)

“[...]A atuação tanto do ACS, como de várias pessoas aqui na comunidade como multiplicadoras de saúde, a enfermeira no trabalho em equipe . E aí me vem exatamente um acontecimento que eu queria, que eu também queria que as alunas ouvissem que é de que a saúde bucal não é propriedade da odontologia, mas a saúde bucal é de cada pessoa. E a gente deve ser um facilitador disso [...]” (S1)

Nossos achados corroboram com Scherer *et al.* (2018), que apontam que a ênfase nas ações curativas individuais convive com características preconizadas pelas políticas apontando para a existência de ações integradas por meio da colaboração dos profissionais das equipes. Os profissionais que atuam na ESF vivenciam tentativas de compartilhar saberes e de transitar entre o multiprofissional e o interdisciplinar (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). A existência de um trabalho em equipe multiprofissional, que seja integrado, é considerada uma questão básica para o exercício da interdisciplinaridade. De maneira convergente com outros estudos, Santos *et al.* (2008) em um estudo mostram que os ACS são fundamentais para gerar uma relação de confiança e cumplicidade que se estende aos demais trabalhadores, potencializando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos usuários.

Outra potencialidade apontada, embora permeada de descontinuidade e desmotivação em alguns momentos, foi a participação comunitária:

“O fato de o território ter, quando falo um engajamento, é uma potencialidade. A primeira coisa que vem diante do que a gente está vendo aqui, principalmente pelo que estou vendo do seu trabalho, é da participação”. (S2)

A participação popular e o controle social no setor saúde constituem-se em mais um dos princípios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da

sociedade, mas um desafio à sua implementação (SILVA *et al.*, 2008). A efetiva implementação da saúde bucal no SUS pode se dar a partir da apropriação dessa temática nos espaços de controle social (PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Outra potencialidade apontada para o desenvolvimento das ações de educação em saúde foi a presença da IES inserida no território da pesquisa:

“[...]Uma coisa que eu acho que é uma potencialidade, é essa interrelação ensino, pesquisa e comunidade. Os alunos da UNIFOR, professores, então quando vem o ensino para dentro do posto eu acho que há ganhos em todos os aspectos “. (S2)

Com base em um estudo sobre a integração ensino-serviço-comunidade (IESC), Forte *et al.* (2020) apontam que o dispositivo dos estágios supervisionados, é um lugar de formação que propicia aos estudantes vivenciarem a teoria na prática e a prática na teoria, com mudanças sociais que produzem atualizações, corresponsabilizações e produções de conhecimentos coletivamente orientados. No entanto, desenvolver o ensino de graduação em Odontologia orientado pela IESC ainda é um desafio, bem como para todas as outras profissões do campo da saúde. É necessário sensibilizar agentes e buscar agendas convergentes com os problemas de saúde na coletividade. Além disso, é necessário ampliar oportunidades e espaços efetivos de comunicação entre a universidade, os serviços de saúde e a sociedade civil que propiciem o encontro de diferentes agentes.

Outras fragilidades citadas no grupo de pesquisa quanto ao desenvolvimento das ações de educação em saúde dizem respeito ao transporte para realização dessas ações no território como também a falta de material educativo, de insumos para realização de tais atividades:

“[...]O profissional muitas vezes vai no próprio transporte e tem esse problema do transporte. São os nós críticos que a gente enfrenta [...]” .(S8)

“[...]Outro problema é a falta de insumos quando fala que foram fazer orientação e o macromodelo sumiu do consultório. E aqui em Fortaleza as equipes compartilham espaço. Então isso é muito comum. Perguntamos quem usou por último? Onde fica, onde está material educativo?” [...]. (S3)

Realmente encontramos esses nós críticos que comprometem a realização das atividades de promoção e prevenção. Há um distanciamento da atual gestão no apoio e estímulo às ações educativas. Muitas vezes os profissionais imbuídos de boa

vontade utilizam de meios de transporte próprios, compra de material para confecção de materiais educativos, proporcionam lanches e brindes para os participantes dos grupos educativos. Estudo realizado por Brasil e Santos (2018) corroboram com os achados dessa pesquisa pois os profissionais pontuaram, também, que existia baixo investimento do governo municipal nas ações da educação em saúde, quando referente à produção de cartazes, folders e folhetos para esclarecimento da população sobre as atividades de saúde bucal desenvolvidas na área. Eles destacaram que o material educativo disponibilizado estava vinculado ao PSE, com o qual eram fornecidos macromodelos da anatomia dental, doenças prevalentes, arcada dentária e escova. Enquanto isso, visando a qualificar suas ações educativas, parte dos entrevistados destacou que foi preciso confeccionar e custear os materiais didáticos para que as atividades não se resumissem a discursos.

#### *5.2.1.4 Rede de equipamentos sociais e serviços do território e as ações de educação em saúde bucal.*

A Política Nacional de Promoção de Saúde compreende a intersetorialidade como uma articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde. Busca-se através dessa parceria que os diversos setores assumam a corresponsabilização na garantia da saúde e na formulação de intervenções que possibilitem esse intento (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde envolve o processo de construção de ações intersetoriais e isso pressupõe uma troca coletiva de saberes e práticas entre os diversos setores produzindo soluções para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutive. Dessa forma, a intersetorialidade implica no estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão entre os setores envolvidos visando o bem-estar dos indivíduos e da coletividade (CAMPOS;BARROS;CASTRO, 2004).

O desenvolvimento de ações com base territorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania, é parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2017). Esta política aponta como atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde, em especial aqueles atuando na Estratégia de Saúde da Família, desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar estas ações,

além de favorecer a integração de projetos sociais e setores semelhantes voltados para a promoção de saúde.

A ação intersetorial é também uma estratégia importante para a reorganização da atenção em saúde bucal, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. As diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal, indicam a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a 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).

Nesse sentido, ao longo do trabalho de campo buscou-se identificar setores do território, parcerias e recursos na comunidade que poderiam se somar e potencializar o desenvolvimento de ações de educação em saúde bucal:

“As ações que eu coloquei foi em parceria com as organizações que já existem na comunidade. Tipo o que está acontecendo aqui na Associação dos Moradores, pensando nas ações nas escolas que nós temos aqui na comunidade, creches”.(S2)

“[...] Projeto Areninha, que é um projeto que também reúne crianças e até jovens, que são grupos que estão lá reunidos.” (S2)

“[...] E tem outras escolas, tem as escolas particulares que as vezes pedem nossa ajuda. Tem a Fundação Raimundo Fagner, tem o Instituto o Bom Vizinho” (S4)

“Eu coloquei desenvolvimento das atividades também nas igrejas, comunidades, vários grupos de várias idades, para se trabalhar de diversas formas”. (S2)

Constata-se que os participantes do grupo conseguem identificar os recursos e parceiros possíveis no território para o desenvolvimento das ações coletivas especialmente aqueles que envolvem o ambiente escolar. A prevenção de doenças e promoção da saúde são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde sendo necessárias para enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes. A identificação de parceiros e recursos da comunidade é condição necessária para potencializar ações intersetoriais ampliando a dimensão do cuidado com possibilidades reais de se promover um trabalho integrado e de se trabalhar na perspectiva da interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família.

Whestpal e Mendes (2000) relatam que ao se avaliar experiências intersetoriais, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros



mais comuns, mas que muitas dessas iniciativas não envolvem um trabalho prévio de planejamento conjunto. Para Moyses *et al.*(2003), os espaços escolares são tradicionalmente utilizados por equipes de saúde bucal para o desenvolvimento de práticas educativas e de prevenção de doenças bucais, por entre outros fatores, facilitar acesso a um maior número de crianças. No entanto, essas ações devem envolver toda a comunidade escolar no processo de fazer deste um espaço favorável à saúde para se ter resultados considerados mais efetivos.

Reconhece-se que a construção de ações intersetoriais permite pensar as necessidades da comunidade de forma mais ampla e de agir nos problemas de saúde considerando toda sua complexidade. Dificuldades na realização de ações intersetoriais também foram apontadas no estudo realizado por Moyses *et al.* (2008). Dentre elas, destacam-se a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, o comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais. Refere ainda que esse conhecimento deve ser estimulado na formação curricular nos cursos para a área da saúde e na educação continuada no âmbito do SUS, além da necessidade de se discutir indicadores ou práticas de promoção de saúde que reorientem os processos de trabalho das equipes.

### ***5.2.2- Plano de ação para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e a proposta de construção de linhas de cuidado envolvendo o quadrilátero de formação para a área da saúde.***

#### *5.2.2.1 Plano de ação para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal*

Segundo Thiollent (2011), a formulação de um plano de ação em uma pesquisa-ação constitui-se em uma exigência fundamental. Para atender ao conjunto dos seus objetivos, a pesquisa-ação deve se solidificar em alguma forma de ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação. As propostas de ação ou as decisões a serem tomadas dentro de uma ação preexistente não são obtidas a partir de uma simples “leitura” de dados. A necessidade ou a justeza de uma ação

amadurece durante a deliberação no seio do seminário e dos outros grupos participantes da pesquisa.

Dessa forma, a elaboração de um plano de ação que contemplasse o desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal pelos participantes do grupo de pesquisa ocorreu no quarto seminário (S4) após discussões anteriores que permitiram conhecer mais sobre o território da pesquisa, as principais necessidades em saúde da população adscrita voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal como também as potencialidades e limitações da área e do serviço que o grupo enxergava para tal finalidade. A constituição do plano de ação dessa pesquisa foi pautada pela elaboração de um referencial teórico e pela realização de um diagnóstico situacional em saúde no território da UAPS Anísio Teixeira que envolveu as várias fases do trabalho de campo descritas anteriormente.

Figura 8: Foto do seminário inicial.



Fonte : Acervo da pesquisa.

Figura 9: Foto grupo de pesquisa.



Fonte: Acervo da pesquisa

O quadro abaixo demonstra algumas das principais reflexões sistematizadas ao longo da pesquisa. Elas são o produto de uma reflexão, conscientização e construção coletiva frente às necessidades em saúde do território:

Quadro 4: Plano de ação.

O QUE?	Ação de educação em saúde bucal com crianças e adolescentes	Ação de educação em saúde bucal com gestantes	Ação de educação em saúde bucal com idosos	Ação de educação em saúde bucal com pacientes acamados.
COMO?	Roda de conversa ; peça teatral; gincana, entre outros	Banner; Roda de conversa; Panfletos	Bingo; Banner; Roda de conversa; Panfletos	Orientações para usuário e cuidadores Exame de necessidades
QUEM?	Professores;	Equipe saúde	Equipe saúde	Equipe saúde

	Profissionais de saúde (eSB e eSF) comunidade; IES	Bucal; Equipe de Saúde da Família; Comunidade; IES(Docente e discentes)	Bucal; Equipe de Saúde da Família; Comunidade; IES(Docente e discentes)	Bucal; Equipe de Saúde da Família; Comunidade; IES(Docente e discentes)
QUANDO?	26/10/21 Areninha 09/11/21-Escola Anísio Teixeira	16/11/21	23/11/21	30/11/21
ONDE?	26/10-Areninha 09/11-Escola Anísio Teixeira	UAPS Anísio Teixeira	Igreja Católica	Território da UAPS Anísio Teixeira
POR QUE?	Trabalhar ações de promoção e prevenção desde a infância reduzindo os índices de doenças bucais. .	Grupo prioritário para saúde bucal; Trabalhar ações de promoção e prevenção em relação à saúde geral e bucal deste período.	Melhorar a qualidade de vida desse grupo. Ampliar o acesso às ações de saúde bucal.	Melhorar o acesso e qualidade de vida desse público.

QUANTO?	Fantoches; Material impresso; Escovas; Creme Dental; Etc. (Realizar planejamento orçamentário- despesas para custeio)	Material impresso; Macromodelo; Brindes; Lanche; Escovas; Creme Dental; Etc. (Realizar planejamento orçamentário- despesas para custeio)	Material impresso; Macromodelo; Brindes; Lanche; Escovas; Creme Dental; Etc. (Realizar planejamento orçamentário- despesas para custeio)	EPI; Macromodelos; Panfletos; Transporte; Etc. (Realizar planejamento orçamentário- despesas para custeio)
---------	--	---	---	---

Fonte: Acervo da pesquisa.

Ao longo do processo vivido, o grupo passou a identificar os principais problemas/necessidades do território que requerem o desenvolvimento de ações de educação em saúde bucal com intuito de proporcionar maior autonomia aos sujeitos para cuidarem de si, de suas famílias, de seu entorno. A educação em saúde torna-se um processo de ensino aprendizagem em permanente construção, que se dá no cotidiano do fazer dos profissionais e na interface das necessidades das pessoas, buscando compartilhar saberes da experiência da população com os conhecimentos adquiridos na academia (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013)

Dessa forma, os participantes apontam propostas para o plano de ação que contemplam ações de educação em saúde por ciclos de vida com foco nas crianças/escolares, gestantes, idosos além das visitas domiciliares para pacientes acamados da área. Percebe-se que essas escolhas, dentro de um contexto de vulnerabilidade social, podem atenuar os problemas de saúde bucal desses grupos mais vulneráveis e com maior necessidade do olhar desses atores envolvidos na formação para a área da saúde.

Nesse fazer cotidiano dessas práticas e em resposta a indagação de como fazer resgatamos algumas falas:

“[...] Eu acho que deve ser feito com intenção de o outro lado ser ouvido. Porque eu sou a palestrante, e aí só eu falo. Não, preciso ouvir o outro lado. Acho que o outro lado precisa ser muito mais ouvido ou falar mais.”(S6)

“[...]No como, pode ser uma oficina com as crianças, capacitação com os professores, rodas de conversas “. (S4)

“[...]Pode colocar a gincana assim para o período da manhã, peça teatral”. (S4)

“[...]Mais colorido contribui para uma apresentação e assimilação do que só a fala, que a gente sempre consiga escutar a forma como eles já fazem, o que eles já trazem de conhecimento porque todo mundo já sabe alguma coisa. A criancinha menor já sabe e aí nesse momento a gente vai resgatar isso”. (S5)

Observa-se que as ações de educação em saúde devem ser pautadas no diálogo e no estabelecimento de relações mais horizontais entre profissionais e comunidade como uma questão central para se atender aos objetivos esperados com as ações. No entanto, mesmo diante dessa compreensão, a educação em saúde é encarada como uma ação complexa e carregada de desafios ambíguos, que ocorre, cotidianamente, no nível das relações sociais entre os profissionais movidos pelo saber científico e a comunidade por meio do senso comum e dos saberes tradicionais (L'ABBATE, 1994). Diante disso, mudanças nos processos de trabalho clínico e educativo dos profissionais de saúde incluindo os profissionais que compõem a eSB precisam ser considerados para que o cuidado seja próprio do saber-fazer dos profissionais e as práticas verticalizadas, não dialógicas e condutas autoritárias possam ser superadas (AYRES, 2009). Nesse sentido, a formação acadêmica dos profissionais para a área da saúde pode influenciar para que prepondere um perfil educacional mais vertical e conservador que não considera a opinião e o saber da comunidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Considerando o exposto, o modelo pedagógico pensado para as ações com os grupos fundamenta-se na educação problematizadora de Paulo Freire sustentada pela metodologia participativa que favorece uma relação crítica e transformadora (FREIRE, 2014). Assim, as rodas de conversas com dinâmicas, demonstrações práticas com a utilização de modelos da arcada dentária, oficinas, peças teatrais, utilização de fantoches, banners foram estratégias educacionais

apontadas pelo grupo. Para Brasil e Santos (2018) as ações lúdicas são facilitadoras das práticas educativas constituindo-se de meios para estimular o ensino e aprendizagem com efeito satisfatório para os sujeitos envolvidos. No entanto, a ludicidade não pode ser só instrumento de animação populacional, mas deve contribuir para a interação entre profissionais e usuários estimulando a troca de saberes no fazer coletivo.

Procurou-se envolver todos os atores que estavam inseridos no grupo de pesquisa, portando os profissionais da eSB e da eSF, IES, gestão e usuários, em um fazer coletivo. Para isso, foi pensado nos locais que compreenderam os espaços sociais do território além da UAPS, nas datas e horários. A proposta de se implantar o plano de ação foi no intuito de influenciar na identificação das nuances situacionais da comunidade, pois se trata de um plano que tem a intenção de ser contínuo e sua execução conta com muitas trocas de saberes entre os sujeitos.

Em um momento anterior à realização das atividades educativas, ocorreu um seminário para a construção e validação pelo grupo do material educativo a ser utilizado nas ações denominado de Oficina para construção do material educativo. Salienta-se que essa atividade requer além do conhecimento científico o desenvolvimento de habilidades outras como habilidades manuais, criatividade que muitas vezes não são estimuladas e valorizadas na formação acadêmica. Sobre a validação, Tibúrcio *et al.* (2015) traz que, materiais educativos devem ser elaborados e avaliados corretamente antes de sua utilização pela população-alvo. Um dos passos fundamentais para o desenvolvimento de material educativo eficaz é a validação de seu conteúdo sendo um processo que avalia sua representatividade ao abordar o universo a que se propõe.

Dessa maneira, a validação ocorreu em dois momentos durante esse seminário. Em um primeiro momento, as alunas apresentaram para o grupo o material educativo produzido por elas em formato de banner. O grupo de pesquisa assistiu à apresentação, sugeriu mudanças para que atingisse o público a que se destinava as ações educativas e indicou a necessidade de construção de um material educativo mais lúdico com a utilização de material reciclável, entre outros. Em seguida, foi construído esse material lúdico de forma colaborativa envolvendo o grupo presente naquele seminário. Posteriormente, ocorreu o segundo momento para validação desse material onde sugeriu-se a utilização deste nas ações educativas envolvendo o público de escolares.

Figura 10: Foto validação do material educativo.



Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 11: Foto Oficina para construção do material educativo.



Fonte: Acervo da pesquisa.



Sendo assim, depois dessa oficina realizamos três atividades educativas que foram as seguintes: uma ação educativa com crianças no projeto Areninha, uma ação educativa na escola Municipal Anísio Teixeira com as turmas do infantil V e uma ação educativa com gestante.

As ações educativas realizadas no projeto Areninha e na escola com alunos do infantil V contaram com a condução e participação de alguns membros do grupo de pesquisa. Foi utilizado o material educativo produzido na Oficina e buscou-se estabelecer um diálogo a partir do conhecimento que as crianças já possuíam.

Figura 12: Foto de atividade de educação em saúde na Escola Municipal Prof. Anísio Teixeira.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Procuramos desenvolver as atividades utilizando metodologias participativas e o material educativo produzido pelo grupo. A fala de uma integrante a respeito da avaliação de um desses momentos caracteriza melhor a condução deste processo:

“[...]Elas foram bem participativas. Elas já trazem conhecimento, já sabem que tem que escovar, como escovar, que precisam escovar a língua. E a

gente precisa só orientar uma coisa ou outra. Elas já tem uma bagagem apesar de serem crianças e a gente precisa respeitar, é uma troca, um diálogo. A gente está sempre aprendendo”. (S6)

É possível perceber a importância de se resgatar o conhecimento prévio da população para que a troca de saberes e o diálogo se efetivem a contento. Ademais, cabe ressaltar que não foi objeto da pesquisa avaliar com rigor científico a satisfação/aprendizado pós realização das atividades educativas. As avaliações dos seminários e das ações educativas aconteceram de forma informal ao final de cada momento onde os participantes citavam os pontos positivos e negativos e sugeriam alternativas pertinentes para o planejamento e condução dos próximos seminários e/ou ações educativas. No que concerne a avaliação, Thiollent (2011) traz que, ao elaborar o plano de ação deve-se definir com precisão questões como meios de se controlar o processo e avaliar os resultados.

Sobre a ação educativa com as gestantes precisamos mencionar que houve pouca adesão/participação destas na ação educativa planejada para esse público. Houve o convite para várias gestantes da área. No entanto, na ocasião contamos com a presença de apenas uma gestante. Dificuldades de mobilização dos usuários para participarem de ações educativas foi reportada na fala dos sujeitos:

“Para quem trabalha dentro da comunidade, que está lá sabe que é muito difícil trazer uma pessoa até aqui para uma palestra. Gente, essa é a nossa realidade. É muito difícil.”(S2)

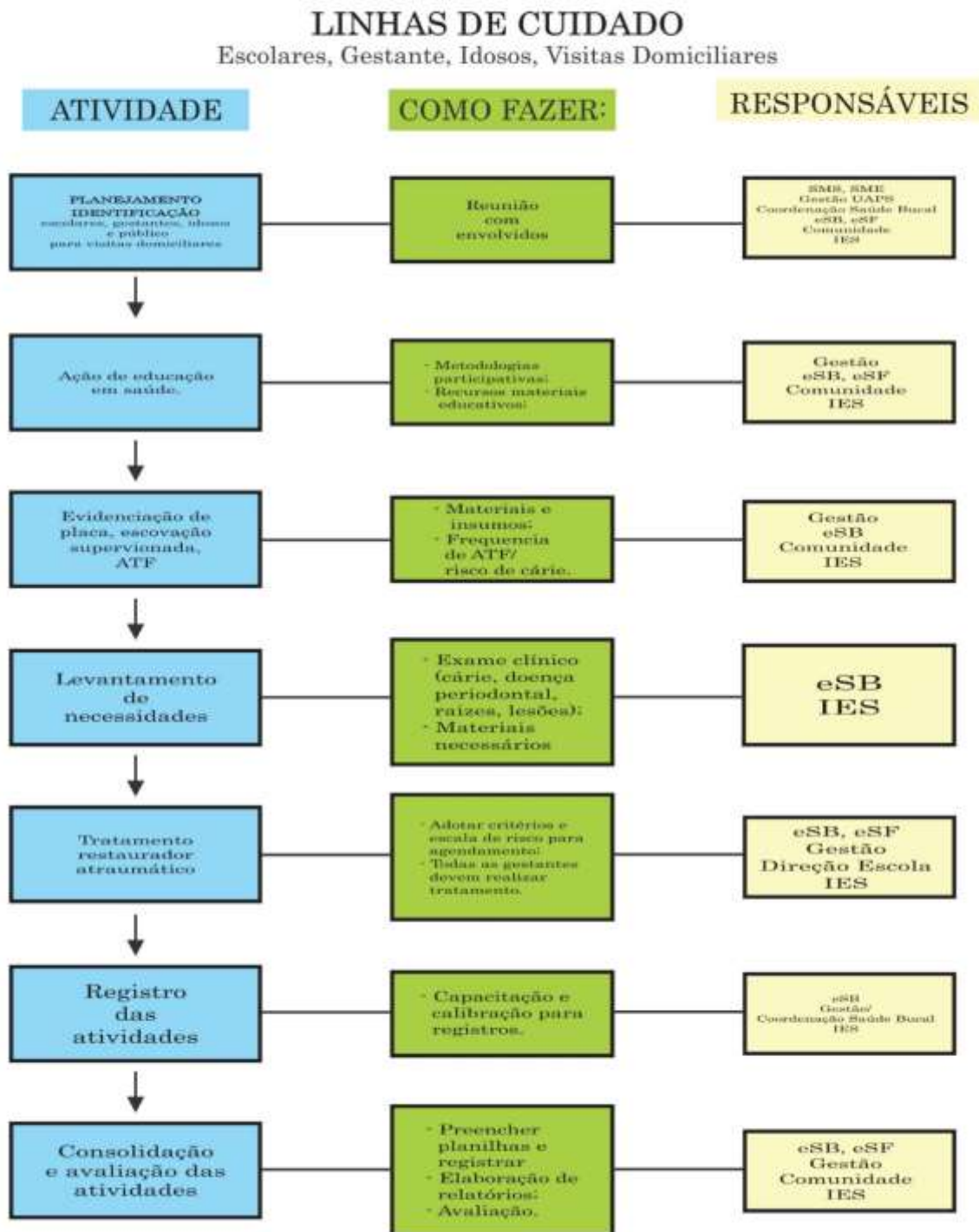
Percebe-se nesse discurso a falta de motivação dos usuários em participar de atividades educativas o que pode relacionar-se, entre outros fatores, ao caráter tradicionalmente impositivo e pouco dialógico das práticas educativas. Como recomendam Acioli (2008) e Pereira e Cervo (2006), uma estratégia para solucionar o problema apresentado é possibilitar que educandos escolham os temas a serem trabalhados. Assim, é possível construir uma conduta pautada nas necessidades das pessoas, na realidade concreta e nas suas experiências ligadas ao processo de saúde-doença e da própria vida, facilitando o aprendizado significativo e tornando as programações mais interessantes e efetivas.

*5.2.2.2 Linhas de cuidado em saúde bucal para o público de escolares, gestantes, idosos e pacientes acamados do território que necessitam de visitas domiciliares envolvendo o quadrilátero de formação para a área da saúde.*

No seio dos seminários, em um momento pós elaboração do plano de ação, amadurecemos e deliberamos sobre a necessidade de se discutir e estruturar uma proposta de sistematização dos processos de trabalho no intuito de propor linhas de cuidado para os grupos apontados pelo coletivo com vistas à integralidade da atenção e ao fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Sendo assim, aconteceram 3 seminários que envolveram a participação da categoria das cirurgiãs-dentistas que fazem parte das eSB da UAPS Anísio Teixeira e a docente do curso de Odontologia com essa finalidade descrita acima.

A partir desses seminários foi elaborado um fluxograma que nos remete à processos de trabalho inerentes e necessários à construção das linhas de cuidado integral para esses grupos. Segue então, o fluxograma que foi apresentado, discutido e depois validado pelo grupo de pesquisa.

Figura 13: Fluxograma proposta de construção das linhas de cuidado.



Fonte: Elaboração própria.

Dessa forma, procuramos realizar reflexões e discussões acerca de cada uma dessas atividades propostas que foram sistematizadas ao longo desse processo e que abrangem ações educativas, preventivas e de assistência voltadas para os escolares, gestantes, idosos e pacientes acamados com necessidade de visita domiciliar. Para cada atividade pensada foram colocadas a forma de como realizá-la e quem seriam os responsáveis por aquela atividade sempre na perspectiva de envolver os atores do que chamamos de quadrilátero da formação para a área da saúde. Procuramos direcionar a necessidade de cada grupo e assim os responsáveis vão estar mais ativos em determinadas situações ou não. Cabe ressaltar que as etapas aqui escritas foram sistematizadas a partir de diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) e da Linha Guia de Saúde Bucal do município de Fortaleza (FORTALEZA, 2016). Dessa maneira, discorreremos sobre cada uma dessas atividades.

## **ATIVIDADE 1- PLANEJAMENTO**

O planejamento é parte necessária para o bom andamento de todo o processo. A atividade de planejamento deve envolver, de maneira geral, todos os atores quer seja a gestão, profissionais de saúde aqui contando com profissionais da eSB e eSF, IES com seus docentes e discentes e usuários do SUS através de reuniões sistemáticas. De acordo com Pucca Junior *et al.* (2009), as ações da eSB são fundamentadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) com definição de território e da população adscrita, e devem se utilizar, em seu trabalho, ferramentas da epidemiologia e do planejamento de maneira a promover qualidade no cuidado ao usuário.

Dentro da perspectiva dessa pesquisa-ação, aponta-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como uma ferramenta capaz de viabilizar a identificação e intervenção sobre os problemas de saúde que afetam a população, cuja delimitação resulta de negociação e consenso entre distintos modos de entender à saúde (TEIXEIRA,1995).

Sendo assim, destaca-se algumas premissas do planejamento estratégico situacional que fundamentam a sua adoção na construção dessas linhas de cuidado, tais como: o PES focaliza problemas de uma realidade, sobre a qual se pretende agir,

cuja delimitação considera a perspectiva dos atores que os vivenciam e reconhece que há modos diversos de perceber e explicar a realidade; a resolução dos problemas depende da disponibilidade e do acesso a recursos, mas também da viabilidade política, ou seja, de quanto os atores reconhecem a necessidade de mudanças, e de quanto eles estão abertos e se comprometem em sua efetivação; o planejamento considera a realidade social complexa e imprevisível, o que requer leituras e intervenções de natureza interdisciplinar e intersetorial e ao mesmo tempo, reconhece especificidades inerentes a cada problema, exigindo formas próprias de abordagem (TEIXEIRA, 1995).

O PES constitui-se de quatro etapas ou momentos a saber: o momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional.

De acordo com Kleba; Krauser e Vendruscolo (2011), o momento explicativo, propõe estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas, considerando informações objetivas como dados quantitativos, normas e rotinas, mas também informações subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados. A segunda etapa, o momento normativo, propõe a definição de objetivos e resultados a alcançar, bem como a previsão de estratégias e ações necessárias para seu alcance. A terceira etapa, o momento estratégico, enfatiza a importância de analisar recursos econômicos, administrativos e políticos, necessários e/ou disponíveis. E a quarta etapa, o momento tático-operacional, prevê a programação da implementação das propostas, incluindo cronograma, recursos, atores responsáveis e participantes na execução.

Diante do exposto, passaremos a discorrer sobre ações inerentes ao planejamento das linhas de cuidado dos grupos apontados como prioritários pelo coletivo. Considerando as especificidades de cada grupo, faremos explicações em separado.

## **Escolares**

As reuniões para planejamento devem prever a identificação dos espaços escolares adscritos a cada unidade; o contato com esses espaços para cadastro e viabilização das atividades de saúde bucal; reunião com diretores, professores funcionários do espaço escolar para apresentação e finalização de cronograma de atividades; capacitação dos professores e alunos para atuarem como multiplicadores

em saúde bucal e reuniões com pais e responsáveis para apresentação das propostas e autorizações para realização das atividades com os escolares. Essa última atividade tem por finalidade também a necessidade de envolver a comunidade como um todo nesse processo além da comunidade escolar.

Sobre os aspectos colocados acima algumas as falas dos participantes do grupo vão ao encontro da necessidade dessas atividades, mas também apontam dificuldades como a falta de estímulo e valorização dessas atividades pela gestão:

“Essa constituição da linha de cuidado é feita nesse sentido de ir ao encontro, e eu olhei aqui as atividades e é exatamente o que a gente faz. A identificação dos espaços, o contato com os escolares e o cadastro. Assim, a gente já teve isso mais bem estruturado, eu já tenho aqui um tempo aqui na prefeitura, e a gente fazia um momento de cadastro do espaço social, a gente fazia as fichas por turma, os mapas e as fichas, isso a gente realmente acompanhava, a frequência de cada aluno em relação as atividades educativas e preventivas. Então eu acho que isso deveria ser a atual condução das atividades no ambiente escolar, precisa desse reforço nessa área, retornar isso, que isso é viável, isso aconteceu, mas foi se perdendo.” (S7)

“Esse contato com a escola e a direção, para que a gente possa reforçar o que a gente pretende fazer dentro desse espaço escolar, a importância das atividades que a gente propõe. Isso aqui é fundamental porque se os professores e a direção não abraçarem a atividade como a gente, não dá certo.” (S7)

Os participantes do grupo chamaram atenção para as consequências que a falta de apoio da gestão, quer seja na esfera local ou da própria secretaria de saúde e educação, trazem para a estruturação e desenvolvimento das ações. Dessa forma, propomos que nessa fase de planejamento sejam envolvidos representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, profissionais de saúde, IES e comunidade. Ressalta-se que há momento específico na UAPS Anísio Teixeira para planejamento de ações que corresponde à reunião de equipe que acontece com frequência quinzenal e carga horária de 2 horas. No entanto, há necessidade de envolver todos esses atores não somente a eSB e eSF como ocorre hoje, planejar as ações educativas com espaço na agenda para realização de forma conjunta, além de ampliar a frequência e carga horária das reuniões de acordo com a necessidade identificada. Esses achados corroboram com estudo realizado por Brasil e Santos (2018) que reforçam a incipiência das ações educativas no território ao identificar os modos de fazer dos profissionais no cotidiano do processo de trabalho:

atividades pouco dialógicas e planejamento verticalizado das ações educativas constituindo-se em táticas ineficazes para transformação do modelo biomédico.

### **Gestantes, Idosos e pacientes acamados com necessidade de visita domiciliar**

O planejamento deve ocorrer através de reuniões com a participação da gestão da UAPS, profissionais da equipe da estratégia de saúde da família e da equipe de saúde bucal, Instituição de Ensino Superior e representantes da comunidade visando:

- Identificação do público-alvo de gestantes e idosos para participação dos grupos educativos;
- Identificação dos usuários acamados do território para realização de visitas domiciliares;
- Definir estratégias para sensibilizar a participação dos usuários (gestantes e idosos) nos grupos educativos reafirmando a corresponsabilidade de cada um no cuidado em saúde;
- Decidir local, dia da semana, turno e periodicidade para os grupos de gestantes e idosos;
- Definir dia da semana, turnos, horário, transporte para as visitas domiciliares de acordo com a demanda.

A mobilização e participação do público nas atividades educativas tem se mostrado um desafio para as equipes da estratégia de saúde da família:

“Precisa haver esse trabalho de mobilização, acho que até a comunidade poderia ajudar nessa divulgação do grupo, os agentes cidadania”. (S4)

“Quando a gente vai fazer o pré-natal odontológico junto com a agenda da enfermeira e aproveitar salas de espera porque já vão estar neste grupo lá e às vezes, elas mesmas, sentem a necessidade de formar um grupo para poder partilhar o conhecimento”. (S3)

“[...]então eu já usei da estratégia de imprimir esse convite e deixar na sala da enfermeira e da médica e elas iam entregando esses convites impressos para as gestantes que viessem à consulta no pré-natal e essa foi outra estratégia que eu utilizei [...]”. (S8)



Esses achados da pesquisa podem relacionar-se à condução das políticas municipais na atenção primária de saúde de Fortaleza que tem priorizado o atendimento individual em detrimento às ações de promoção e prevenção descaracterizando a própria ESF. Outro fator que contribuiu para desarticulação dos grupos existentes nas unidades foi a pandemia de Covid-19 que impactou fortemente nos processos de trabalho na atenção primária e no sistema de saúde de maneira geral. A complexidade que envolve a mobilização da comunidade para participação de ações de educação em saúde bucal convergem com estudo realizado por Scherer *et al.* (2018) onde os entrevistados apontam encontrar dificuldades relacionadas à “o que fazer” ou “como fazer” para mobilizar e para que de fato essa participação aconteça.

## **ATIVIDADE 2- AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

As ações educativas deverão ser conduzidas respeitando o interesse dos participantes buscando se pautar em metodologias participativas e dialógicas e devem envolver os profissionais da eSF, eSB, IES e comunidade na sua condução e operacionalização. Essas atividades têm como potência a perspectiva de atuação interprofissional frente às necessidades dos indivíduos e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade proporcionando maior autonomia dos sujeitos para cuidarem de si, de suas famílias e da coletividade.

A proposta é que o tema saúde bucal se insira de forma transversal nos diferentes grupos. A seguir apontaremos sugestões de recursos e temas que podem ser adotados ao longo dos encontros nos diferentes grupos:

### **Escolares**

As atividades educativas deverão ser conduzidas respeitando as características de cada faixa etária.

**Recursos:** Macromodelos, cartazes, jogos, fantoches, desenhos, pinturas podem ser utilizados sempre buscando adotar metodologias participativas. Os professores podem orientar a equipe em relação à melhor estratégia a ser adotada. No Caderno de Atenção Básica no 24 – Saúde na Escola, há sugestões de conteúdo

a serem abordados e adaptações podem ser feitas em função da realidade, interesse de cada público-alvo.

**Temas:** Importância da saúde bucal (mastigar, falar, sorrir, engolir); relação saúde bucal e saúde geral, hábitos alimentares (relação dieta/cárie, flúor); hábitos bucais deletérios; placa bacteriana (o que é, como se forma, como remover); técnicas e meios de higiene bucal; frequência ao dentista entre outros.

**Periodicidade:** 1 a 2 vezes por semestre em cada turma .

Nessa seara, estudo cearense que analisou as atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal a partir do referencial teórico da Educação Popular, demonstrou que a integração entre as eSB e eSF no que diz respeito às atividades para os escolares é um processo ainda em construção. Necessário se faz a intensificação de políticas de formação para os profissionais de saúde que considerem a Educação Popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método formativo (RODRIGUES MENDES *et al.*, 2017).

## **Gestantes**

As atividades educativas deverão ser conduzidas respeitando o interesse das gestantes buscando adotar metodologias participativas e dialógicas. Incluir as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como relaxamento etc. para acolhimento das gestantes.

**Recursos** Oficinas, circuitos, recursos audiovisuais, banners, panfletos, macromodelos, bonecos simulando o bebê podem ser adotados.

**Temas** Sugere-se adotar a Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde para nortear os temas dos encontros (A descoberta da gravidez; os três primeiros meses de gestação; do 4 ao 6 mês de gestação; do 7 ao 9 mês; preparando para nascer; cuidados importantes na gravidez; receita para uma gravidez saudável; mantendo uma alimentação saudável e exercícios físicos na gravidez; sono e sexo na gestação; atenção para algumas situações e sintomas especiais; acompanhamento do pré-natal com os principais exames e vacinas desse período da vida; saúde bucal; trabalho de parto e parto; puerpério; amamentação etc.)

**Temas de saúde bucal:**

- A boca e os dentes (noções gerais sobre a anatomia da boca; os dentes e suas funções, dentição decídua e permanente)
- Hábitos saudáveis (importância da alimentação saudável para manutenção da saúde geral e da saúde bucal; controle da ingestão de alimentos cariogênicos e do uso de tabaco, álcool e outras drogas)
- Medidas preventivas (importância da prevenção para a manutenção da saúde bucal; técnica higiene bucal- escovação e uso do fio dental; flúor- importância como método preventivo e os riscos de fluorose)
- Placa bacteriana, cárie e doença periodontal (conceito de placa bacteriana, cárie e doença periodontal; evolução das lesões de cárie, caracterização da cárie como doença e relação da doença periodontal com o parto prematuro)
- Achados clínicos recorrentes na gestante (gingivite gravídica, sensibilidade dentária e sensação de boca seca)
- Cuidados com a saúde bucal do bebê (período de erupção dos dentes, o uso de dentífrico, amamentação ,alimentação saudável, higiene bucal e hábitos bucais deletérios como uso de chupetas e mamadeiras)
- Atendimento odontológico das gestantes: mitos e verdades

No campo das ações educativas para o público de gestantes, Reis *et al.* (2010) realizaram estudo com objetivo de discutir a importância da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde bucal no período da gestação. Concluíram que as ações de educação em saúde bucal desenvolvidas por equipe multiprofissional durante o pré-natal, sob orientação do cirurgião-dentista, podem contribuir para a aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde bucal pela mulher e seu meio familiar.

## **Idosos**

As atividades educativas deverão ser conduzidas respeitando o interesse dos usuários, buscando adotar metodologias participativas e dialógicas. Pode-se realizar, nos primeiros encontros, rodas de conversas para apropriação do conhecimento prévio dos usuários e de suas necessidades, limitações e experiências positivas ou negativas ligadas ao envelhecimento, às doenças crônicas como

hipertensão e/ou diabetes. A partir dessas rodas de conversa, planejar a melhor forma de abordar os temas que envolvem essa fase da vida (procurar apresentar situações problematizadoras do cotidiano desses usuários). Sugere-se abordar temas relacionados a questões gerais sobre diabetes e hipertensão/parâmetros clínicos; alimentação saudável; atividade física; cuidados com os pés em pacientes diabéticos, complicações crônicas, hipoglicemia/hiperglicemia, descarte correto das agulhas usadas para verificação da glicemia; apoio familiar ao paciente idoso. Incluir as PICS como prática de meditação, relaxamento para acolhimento dos participantes do grupo.

Dutra e Sanchez (2015), em estudo sobre a atenção à saúde bucal do idoso apontam para a necessidade de um planejamento inter e multidisciplinar capaz de responder a essa demanda de forma adequada. O apoio intersetorial é colocado como necessário podendo contribuir sobremaneira para a promoção de saúde do público idoso.

Nessa perspectiva, ao desenvolver as ações educativas para a população idosa do território deve-se buscar o envolvimento da eSF e eSB, gestão e comunidade além de outros setores e equipamentos sociais do território visando o empoderamento e maior autonomia dos idosos para cuidarem de si.

**Recursos** Oficinas, circuitos, banners, recursos audiovisuais, panfletos, macromodelos, cartilhas podem ser adotados.

### ***Temas de saúde bucal***

- A boca e os dentes (noções gerais sobre a anatomia da boca; os dentes e suas funções);
- Hábitos saudáveis (importância da alimentação saudável para manutenção da saúde geral e da saúde bucal; controle da ingestão de alimentos cariogênicos e do uso de tabaco, álcool e outras drogas);
- Medidas preventivas enfatizando a importância da prevenção para a manutenção da saúde bucal, técnicas de higiene bucal (escovação, uso do fio dental, uso de antissépticos bucais, limpadores de língua, importância e uso do flúor, cuidados/uso/higiene de próteses dentárias)
- Placa bacteriana, cárie, doença periodontal ,candidíase.

- Relação saúde bucal e doenças sistêmicas incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus ;
- Câncer Bucal (conceito, fatores de risco, importância da detecção precoce , autoexame etc.).
- Atendimento clínico odontológico de hipertensos e diabéticos

### **Pacientes acamados com necessidade de visita domiciliar**

Nas visitas domiciliares realizar ações de educação em saúde abordando temas referentes a saúde geral e saúde bucal de acordo com as condições identificadas. Deve-se adotar práticas educativas participativas incentivando o diálogo e a troca saberes entre profissionais/usuários/cuidadores. Recursos/materiais educativos como macromodelos, meios audiovisuais, álbum seriado, cartilhas podem ser adotados no desenvolvimento das ações educativas.

#### ***Temas de saúde bucal***

- Importância da alimentação saudável para manutenção da saúde geral e da saúde bucal, controle da ingestão de alimentos cariogênicos e uso de tabaco, álcool e outras drogas.
- Medidas preventivas enfatizando a importância da prevenção para a manutenção da saúde bucal, técnicas de higiene bucal (escovação, uso do fio dental, uso de antissépticos bucais, limpadores de língua, importância e uso do flúor, cuidados/uso/higiene de próteses dentárias.
- Placa bacteriana, cárie, doença periodontal ,candidíase (conceitos, relação saúde bucal e doenças sistêmicas incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus e Alzheimer)
- Câncer Bucal (conceito, fatores de risco, importância da detecção precoce etc.).

Fragilidades apontadas pelo grupo relacionadas aos processos de trabalho e ao desenvolvimento das ações educativas geraram a proposição por participante para adoção de critérios em relação às visitas domiciliares:

“Assim, a proximidade com a comunidade, com sua realidade social é essencial para o trabalho da saúde da família, mas diante das necessidades assistenciais e diante das dificuldades daqui de se deslocar do serviço, faz eu pensar que essa atenção domiciliar tem que ser bem criteriosa”. (S9)

De fato, muitas questões dificultam a efetivação da atenção domiciliar por parte da eSB apesar de existirem normativas para tal finalidade. Em uma revisão integrativa realizada por Silva *et al.* (2020) constata-se que a frequência incipiente, as dúvidas quanto às ações realizadas no domicílio, a falta de priorização e sistematização, a baixa interação com a equipe de saúde da família e a percepção do trabalho do CD focado no procedimento clínico em consultório, tanto por parte da equipe quanto dos usuários, conferem um panorama em que trabalhar as questões apresentadas pelo território são fragilidades na atuação da eSB na ESF. Os protocolos de AD e os instrumentos de priorização de VD indicam potenciais caminhos que levam a eSB aos domicílios dos usuários/famílias que têm dificuldade no acesso às UBS.

Nesse sentido, um protocolo de Atenção Domiciliar (AD) voltado para as eSB foi elaborado a partir de um estudo realizado no município de Sobral-CE. O instrumento foi construído durante o módulo Estágio em Atenção Primária do Curso de Odontologia por estudantes, preceptores e professores a partir de visitas domiciliares (VDs) com foco em educação e promoção da saúde, motivação para o autocuidado e a estratificação de risco para a intervenção da eSB (MACIEL *et al.*, 2020). As evidências demonstram a importância da integração ensino-serviço-comunidade, qualificando as práticas de gestão do processo de trabalho da eSB com a criação de instrumentos que podem contribuir na reorientação do modelo de atenção à saúde nos serviços. Além disso, a realização de VD durante a formação profissional do CD tem demonstrado ser uma prática pedagógica capaz de contribuir com uma visão ampliada do processo saúde-doença, humanização do cuidado, facilitando práticas de clínica ampliada na ESF e capacitando os futuros profissionais para a abordagem adequada no contexto domiciliar (SILVA;PERES;CARCERERI, 2017).

Apesar das dificuldades, a importância da realização das ações de visitas domiciliares pela equipe de saúde bucal é reconhecida no discurso dos participantes:

“Porque na verdade, a grande contribuição da equipe com sua unidade é porque você vai conseguir ampliar sua visão com aquele processo de adoecimento e sobre as possibilidades de dentro daquela realidade as pessoas se tornarem mais saudáveis. Você não vai sugerir opções que não são possíveis dentro daquela realidade”(S9).

Nesse escopo, o domicílio constitui-se em campo de atuação a ser conquistado pelas eSB e IES necessitando do apoio da gestão e de maior integração com a eSF e com a comunidade gerando inovações nos processos de trabalho e acesso ao usuário às ações e serviços de saúde bucal. Esta atividade de visita domiciliar tem como objetivo reconhecer o ambiente familiar e diagnosticar os nós críticos pertinentes à realidade das famílias, servindo de subsídios para um adequado planejamento de ações em saúde, além de recuperar os indivíduos necessitados (MENDES; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2012).

### **ATIVIDADE 3- DE PLACA BACTERIANA; ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA; APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR.**

Essas atividades devem ser realizadas pelos profissionais da equipe de saúde bucal com a participação da IES com os docentes e discentes. Deve-se contar com a participação da comunidade/control social e com o apoio da gestão com fornecimento do material /insumos necessários.

#### **Escolares**

Sugere-se a entrega de uma escova dental, se possível, identificada com o nome das crianças e um tubo de creme dental. Pode-se produzir porta-escovas para o acondicionamento das escovas nos armários das salas de aula. Caso haja escovódromo na escola este deve ser utilizado ou pode-se adaptar a sala de aula para realização da escovação usando copos descartáveis. Antes da escovação pode ser realizada a evidenciação de placa para que os escolares atentem para o local que precisa de maior atenção no momento da escovação. Já a escovação supervisionada tem por objetivo estimular e orientar os escolares sobre os hábitos de higiene oral além de disponibilizar a presença de flúor na cavidade oral através do creme dental.

A ATF consiste na aplicação tópica de flúor em gel na concentração de 1,23% durante quatro minutos. Recomenda-se aplicação semestral ou quadrimestral em grupos populacionais sob supervisão e orientação de um profissional de saúde, utilizando-se escova, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação. O profissional, após realização do levantamento de necessidades, poderá definir a

frequência de ATF de acordo com as condições encontradas. Pode ser realizada no escovódromo da escola, ou mesmo em outros espaços, com uso de copos descartáveis. Cuidados devem ser observados em função da idade e do risco de ingestão (BRASIL,2018).

### **Gestantes**

Sugere-se a entrega de uma escova para cada gestante para realização da escovação supervisionada e ATF em local apropriado. A escovação supervisionada tem objetivo de orientar e estimular as gestantes a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar o flúor na cavidade bucal por meio do creme dental. A ATF (Aplicação tópica de flúor) consiste na aplicação flúor em gel com concentração de 1,23% durante o tempo recomendado pelo fabricante. Pode ser realizada com a própria escova. Recomenda-se a não ingestão do produto.

### **Idosos**

Utilizar a evidenciação de placa como método que pode auxiliar na prevenção de cáries e gengivite, através da visualização da placa bacteriana não removida. Sugere-se a entrega de uma escova para cada hipertenso e diabético para realização da escovação supervisionada e ATF em local apropriado. A escovação supervisionada tem objetivo de orientar e estimular os participantes do grupo a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar o flúor na cavidade bucal por meio do creme dental. A ATF (Aplicação tópica de flúor) consiste na aplicação flúor em gel com concentração de 1,23% durante o tempo recomendado pelo fabricante. Pode ser realizada com a própria escova. Recomenda-se a não ingestão do produto. Orientar os métodos de higiene, cuidados com a prótese dentária e uso correto.

### **Pacientes acamados**

Utilizar a evidenciação de placa como método que pode auxiliar na prevenção da cárie e gengivite, através da visualização da placa não removida. Sugere-se a entrega de uma escova, fio dental para cada usuário para realização da



higiene bucal. Orientação deve ser fornecida para o cuidador além do usuário acamado. A Aplicação Tópica de Flúor deve ser realizada com a própria escova avaliando a necessidade de cada caso. Especial atenção deve ser dada para evitar a ingestão do flúor pelos pacientes.

#### **ATIVIDADE 4- LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES**

O levantamento de necessidades ou classificação de necessidades (CN) ajuda a orientar a eSB na tomada de decisão para o acesso ao cuidado. Portanto, deve ser entendido como instrumento de vigilância e ser utilizado com finalidade para o planejamento e o monitoramento das ações em saúde bucal, subsidiando, fundamentalmente, o acesso ao cuidado de pessoas, famílias e comunidades. Esse inquérito clínico com CN poderá ser feito pela eSB considerando sempre a queixa referida do cidadão, não apenas os sinais clínicos. Poderá ser realizado no próprio consultório odontológico, em salas do serviço de saúde, em espaços de atividades coletivas e grupos promovidos pela equipe, sala de grupos, sala de reuniões, escolas ou creches, centros comunitários e, inclusive, nos domicílios dos usuários. Nos inquéritos para CN, são produzidos dados considerados necessários para definir o tipo de serviço a ser disponibilizado num Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), sem que a pessoa utilize o tempo de consulta da agenda clínica, recomendado entre 20 e 40 minutos (BRASIL, 2018). Nesse âmbito, o levantamento de necessidades ou classificação de necessidades deve ser realizado pela equipe de saúde bucal e IES por meio da utilização de instrumento adotado pelo município de Fortaleza.

#### **Escolares**

Sugere-se que o exame seja realizado dentro do espaço escolar, para toda a população (ele será feito com o auxílio de espátula de madeira, consistindo na inspeção visual dos arcos dentários, sob luz ambiente natural ou artificial, sem secagem dos dentes, a fim de verificar o número e a localização das superfícies dentárias). Quando possível, usar gaze para fazer remoção de placa dentária espessa. É importante verificar a disponibilidade de professores e funcionários da escola que possam auxiliar na organização e no fluxo das crianças. Adequações

podem ser realizadas de acordo com o número de escolares e de recursos humanos da eSB, com a identificação de grupos prioritários.

**Material necessário:** EPI, espátulas de madeira, gaze, sacos de lixo apropriados para descarte do material, documento para registro.

**Periodicidade:** 1 vez ao ano realizado no início do ano letivo.

**Crítérios de risco:** Adotar instrumento com classificação de risco para planejamento das atividades.

Recomenda-se utilizar o instrumento de classificação de risco adotado pelo município de Fortaleza que se encontra descrito na Linha Guia de Saúde Bucal (FORTALEZA,2016). Sendo assim, nos momentos de desenvolvimento da estratégia de acolhimento com estratificação de risco em saúde bucal, os profissionais da equipe de saúde bucal, devem preencher planilha com os dados dos usuários examinados, sendo possível monitorar e avaliar as atividades realizadas. Os dentistas das equipes de saúde bucal devem utilizar os critérios odontológicos como apresentados abaixo:

**R1: Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:**

- Cárie ativa: mancha branca ativa e tecido amolecido;
- Doença periodontal ativa;
- Lesão de tecido moles;
- Limitações funcionais com comprometimento da mastigação, deglutição, fala;
- Comprometimento estético de urgência.

O Risco 1 será subdividido de acordo com a gravidade encontrada em:

- Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie ou exodontias a realizar;
- Gravidade 2: até 7 elementos com cárie ou exodontias a realizar;
- Gravidade 3: até 4 elementos com cárie ou exodontias a realizar.

**R2: Ausência de atividade de doença cárie e lesão de mucosa:**

- Presença de cálculo.

**R3: Ausência de atividade de doença cárie e periodontal, ausência de lesão de mucosa.** Sem necessidade de tratamento odontológico, sendo necessário atividade de promoção e prevenção de saúde.

Tendo em vista a importância dos determinantes sociais no desenvolvimento das doenças bucais, os fatores socioeconômicos e culturais devem ser avaliados na primeira consulta odontológica que acontece na UAPS. Esta avaliação será importante na estratificação de risco do paciente, bem como orientará a construção do plano de cuidado do paciente. Considerando-se os riscos biológicos e odontológicos detectados, deve seguir os critérios apontados na Linha Guia para pontuação por escores e classificação do risco de saúde bucal do usuário. (FORTALEZA,2016).

### **Gestantes, Idosos**

Deve ser realizado nesses grupos o exame clínico para detecção de possíveis lesões, existência de dentes cariados, raízes residuais e dentes com doença periodontal. Deve-se proporcionar acesso ao tratamento odontológico a todas as gestantes das áreas de acordo com as normativas do município. Aos idosos realizar a classificação de risco e ofertar acesso de acordo risco e com a agenda do CD.

### **Pacientes acamados com necessidade de visita domiciliar**

Como rotina, a visita a esses grupos deve também abranger o exame clínico para detecção de possíveis lesões, existência de dentes cariados que possam ser submetidos a ART, raízes residuais e dentes com doença periodontal que possam ser tratados no domicílio (FORTALEZA, 2016).

## **ATIVIDADE 5- TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART) e ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Para essa atividade deve-se envolver o quadrilátero para a área da saúde. A atividade em si é própria da equipe de saúde bucal devendo envolver a IES. Deve-se contar com apoio da gestão da saúde, dos profissionais da escola ou de outros

equipamentos sociais e da própria comunidade seja no consentimento para realização desse tipo de tratamento seja em oportunizar as condições para a realização nos espaços sociais ou no domicílio.

Diante da necessidade de oferta de tratamento restaurador para uma grande parcela da população do município de Fortaleza, o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) passa a ser preconizado em alguns casos específicos (FORTALEZA, 2016). O ART consiste no tratamento restaurador de caráter definitivo das lesões cariosas utilizando apenas instrumentos manuais na remoção parcial da dentina atingida pela cárie, seguida do selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro (CIV). Seu objetivo é paralisar com celeridade lesões cariosas, diminuir o grau de severidade da doença cárie e ampliar a oferta da assistência à saúde bucal em espaços sociais, no domicílio e nas unidades de saúde ( MASSARA, 2012). A técnica de ART pode ser utilizada para dentes decíduos e permanentes, cavidades rasas e médias, cavidades com cavitação no esmalte, cavidades Tipo classe I, II ou V e em cavidades sem sintomatologia dolorosa espontânea. Pode ser realizada em escolares no próprio ambiente escolar, ampliando as possibilidades curativas para além do consultório, assim como no ambiente domiciliar, para aquelas pessoas com dificuldade de deambular ou na Unidade de Atenção Primária à Saúde ( MASSARA, 2012).

## **Escolares**

Os escolares com lesões cavitadas e indicação da técnica podem ser tratados na própria escola, com adaptação de um ambiente (laboratórios, biblioteca ou mesmo sala de aula) disponível, respeitando-se os princípios de biossegurança e ergonomia. Conforme necessidade dessa população e a critério do profissional, esta ação pode ser desenvolvida no âmbito escolar. Os escolares que tiverem lesões cavitadas que não possibilitem a execução do ART devem ser encaminhados para a UBS de referência da escola (estima-se que 20% a 25% das crianças apresentem cavitação, levando-se em conta a polarização da doença cárie). Podem ser estabelecidos critérios de prioridade para o agendamento/critérios de risco. O tratamento odontológico deve ser iniciado pela remoção de focos de infecção, realizando exodontia quando não houver a possibilidade de tratamento endodôntico.

Sobre as vantagens e desafios enfrentados para a realização do ART um participante do grupo traz o seguinte:

“Então conseguir fazer ART, na escola, vai diminuir a quantidade de pacientes que as vezes se agenda o tratamento no posto, e o pai não tem como vir, a mãe trabalha, e eles não tem como chegar no posto e tem que vir em outro horário, então ajudaria demais. O problema é a gente conseguir esse apoio, apoio de tudo, principalmente da equipe de saúde bucal, ter os componentes necessários, o material adequado, o instrumental “ (S7).

A realização do ART nos espaços sociais ou no domicílio configura-se como alternativa que favorece o acesso à saúde bucal. No entanto, há dificuldades a serem superadas para que essa atividade seja incorporada às rotinas das equipes de saúde bucal. Para Kuhnen *et al.* (2013), acredita-se no ART como uma estratégia adequada aos indicadores socioeconômicos e de saúde bucal da população, oferecendo uma terapêutica resolutiva, de qualidade e acessível, contribuindo com o acesso aos serviços odontológicos e favorecendo a abordagem do paciente dentro de seu contexto social. A resistência ainda encontrada, por vezes, passa pelo desconhecimento do profissional de Odontologia acerca da técnica, bem como pela falta de qualificação para aplicá-la. Entretanto, esses obstáculos são perfeitamente transponíveis com difusão e qualificação para execução do ART.

### **Gestante**

Ratificar a importância do tratamento odontológico durante a gestação e encaminhá-las para atendimento clínico. Sabe-se que a gestante é um grupo prioritário de atendimento na ESF, o que já justificaria a priorização do atendimento odontológico.

No que se refere às recomendações gerais dos procedimentos em relação ao período da gravidez (VARELLIS, 2013)

- Primeiro Trimestre: procedimentos profilático-preventivos, eliminações de focos infecciosos locais e restauradores básicos;
- Segundo Trimestre: profilaxia, procedimentos cirúrgicos, restauradores básicos e reabilitadores;

- Terceiro Trimestre: procedimentos restauradores básicos, fluorterapia e controle terapêutico.

## **Idosos**

Ratificar a importância do tratamento odontológico para esses grupos e encaminhá-las para atendimento clínico de acordo com critérios de risco e disponibilidade da agenda dos CD.

## **Pacientes acamados com necessidade de visita domiciliar**

Como rotina, a visita a esses grupos deve também abranger o exame clínico para detecção de possíveis lesões, existência de dentes cariados que possam ser submetidos a ART, raízes residuais e dentes com doença periodontal que possam ser tratados no domicílio (FORTALEZA, 2016). Avaliar necessidade/condição de atendimento odontológico desses pacientes na UAPS e/ou atenção especializadas realizando o agendamento/encaminhamento dos mesmos.

## **ATIVIDADE 6- REGISTRO DAS ATIVIDADES**

Essas atividades de registro das ações realizadas devem ser realizadas pelas equipes de saúde bucal e estagiárias sob supervisão dos profissionais. Deve-se envolver a gestão em atividades de calibração e capacitação dos profissionais. Essa atividade é comum para as atividades realizadas com escolares, gestantes, idosos e pacientes acamados.

## **ATIVIDADE 7- CONSOLIDAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES**

Essa atividade deve acontecer de forma processual e contínua envolvendo todos os componentes do quadrilátero da formação para a área da saúde. Deve-se proceder a elaboração de relatório semestral das atividades desenvolvidas pelo grupo.

### **5.2.3 Ferramentas da Saúde Coletiva e o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal.**

Ao longo desse processo em que estamos envolvidos, diversas ferramentas da saúde coletiva foram tecidas no texto e são colocadas então, como requisitos que auxiliam o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal tais como: planejamento, monitoramento, avaliação; práticas dialógicas; interprofissionalidade e intersetorialidade; participação comunitária e controle social; integração ensino-serviço-comunidade e educação permanente. Sendo assim, passaremos a análise e discussão desses tópicos.

#### **5.2.3.1 Planejamento, monitoramento e avaliação**

É fundamental pautar o processo de trabalho em saúde a partir da equidade e para que isso aconteça é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população. Estes dados devem servir de base para a análise da situação de saúde-doença de cada coletividade e ao mesmo tempo subsidiar o planejamento e programação das ações visando a quem mais precisa (BRASIL, 2018).

Os participantes expressam a necessidade de planejamento em saúde para o desenvolvimento das ações educativas e a possibilidade de se utilizar de diversos espaços e oportunidades:

“[...] , mas se a equipe ficar sempre com agenda lotada e não parar para fazer uma avaliação, no planejamento incluir a educação em saúde para que se diminua o número de pessoas buscando atendimento[...] Então, por mais que a população seja grande é preciso parar para planejar as ações e se organizar porque senão vai ser sempre esse apagar de incêndios. Nunca vai ter tempo para nada e sempre a agenda vai estar cheia e vira uma bola de neve” (S3).

“ E se tivesse o grupo inteiro reunido para o planejamento das ações tanto na escola, na comunidade, na associação, já com iniciativa e intenção de começar com o planejamento[...] Então acaba dando certo “(S3).

Há fragilidades no planejamento de ações comuns da equipe que envolvem a saúde bucal que precisam ser encaradas na perspectiva de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade voltados para um cuidado integral, tais como: estabelecimento de critérios para as visitas domiciliares; organização das agendas

dos profissionais com previsões de reuniões para planejamento, avaliação e desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e assistência contando com o apoio da gestão e participação da IES e comunidade, entre outros. Esses achados corroboram com estudo realizado por Amorim *et al.* (2021), que constataram que o planejamento das ações se mostrou um desafio para muitas equipes de saúde bucal. Dificuldades no uso de dados epidemiológicos sobre riscos, vulnerabilidades e questões ambientais, ou a não disponibilização dessas informações geram dificuldades para o planejamento e cuidado adequados.

A avaliação e monitoramento das ações de educação em saúde é outro fator associado ao bom andamento das práticas de saúde. E para tal é preciso, entre outras condutas, o registro correto das atividades relacionadas às ações de promoção e prevenção a exemplo das ações de educação em saúde, o que não tem ocorrido na UAPS Anísio Teixeira, de acordo com pesquisa realizada no Sistema Fastmedic em abril de 2022. Para Felisberto (2004), a avaliação e monitoramento da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações são essenciais para orientação dos processos de implantação e reformulação das práticas de saúde. Entendendo a institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços, assume-se a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica para adoção das ações de monitoramento e avaliação como intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa).

#### 5.2.3.2 *Práticas dialógicas*

Os fundamentos conceituais que orientarão as atividades educativas devem ser pautados nos estudos desenvolvidos por Paulo Freire. A metodologia utilizada na abordagem com os escolares, gestantes, idosos e pacientes acamados que necessitam de visita domiciliar poderão se pautar em diversos recursos, a exemplo das rodas de conversas, oficinas, peças de teatro, estando sempre presente o diálogo horizontal. Para Freire (2014), nesse contexto de encontro entre conhecimento científico e o popular todos os participantes e os pesquisadores aprendem e ensinam.



Segundo a proposta pedagógica da educação problematizadora – que também forma a base da Educação Popular em Saúde, o processo de aprendizado depende de que os atores envolvidos (educadores e educandos) sejam estimulados a identificar e transformar sua realidade para que um saber emancipatório seja construído. Eles devem ser desafiados a explorar as potencialidades de seus recursos, inclusive os comunicativos e midiáticos, que fazem parte de seu cotidiano, estimulando seu senso crítico e, dessa maneira, se libertar da noção de que o saber só se limita ao que os educadores transmitem segundo um plano de ensino tradicional (FREIRE, 2014).

#### 5.2.3.3 *Interprofissionalidade e Intersetorialidade*

A Estratégia Saúde da Família tem como principal objetivo reorganizar a prática na APS sendo operacionalizada a partir da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), as quais tem sob sua responsabilidade o cuidado de um número definido de famílias que vivem em determinada área (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

De acordo com Peduzzi *et al.* (2013), ser multiprofissional é compartilhar um ambiente de trabalho composto por vários profissionais da área da saúde, abordando o mesmo paciente a partir de diferentes olhares. O interprofissionalismo busca superar a especialização profissional, fragmentada, em que o contato com outras profissões ocorre por meio de encaminhamentos, para uma construção do cuidado em colaboração, complementar e coordenada entre os integrantes com avaliação e elaboração de condutas. Dessa maneira, a relação interprofissional garante a troca de saberes entre a equipe multiprofissional.

Outra questão a ser colocada diz respeito as práticas colaborativas que dentro do interprofissionalismo acontecem quando diversos profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham em conjunto com pacientes, famílias e comunidades compartilhando ações coletivas voltadas a tarefas comuns visando um cuidado de qualidade (LAVÔR *et al.*, 2019).

No campo da saúde bucal, as ações interprofissionais trazem benefícios tanto aos usuários com suas condições discutidas por diversas áreas da saúde quanto aos profissionais no trabalho em equipe ao integrarem mais conhecimento,

fortalecendo o vínculo da equipe ao compreender melhor o trabalho do colega (ALVES *et al.*, 2021).

No Brasil, a incorporação da Educação Interprofissional (EPI) nas políticas de reorientação da formação profissional tem se intensificado recentemente podendo ser atribuído ao reconhecimento dos formuladores de políticas quanto à importância do tema no processo de formação em saúde e seu potencial efeito sobre o modelo de atenção à saúde. Essa abordagem preconiza a interação entre estudantes ou profissionais de diferentes profissões, por meio de processos de aprendizagem compartilhados e significativos e que tenham como clara finalidade o desenvolvimento de competências profissionais colaborativa (FREIRE FILHO *et al.*, 2019)

Diante do exposto, a perspectiva do interprofissionalismo, das práticas colaborativas e do trabalho transdisciplinar é incorporado à proposta das linhas de cuidado para os grupos apontados pelos pesquisadores com o propósito de qualificar o cuidado integral, contribuir para a formação profissional e fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade:

“A gente pode construir juntos, odontologia, enfermagem, medicina e outras profissões para trabalhar nas linhas de cuidado e assim desenvolver ações educativas voltadas para os problemas que mais afetam a população”. (S5)

Esses achados corroboram com estudo cearense envolvendo o interprofissionalismo na ESF e ações de promoção de saúde bucal, ao apontar que as eSB tem muitos desafios a serem superados nessa seara e citam como estratégias de fortalecimento das relações interprofissionais reuniões em equipe mais frequentes e determinação de uma quantidade de atendimentos compartilhados. Para isso, é necessário que haja ações interprofissionais ainda na graduação e continuidade na vida profissional por meio da educação permanente com o apoio da gestão para sua efetivação (ALVES *et al.*, 2021).

No que concerne a intersetorialidade, percebe-se que as normativas brasileiras voltadas para a Atenção Primária à Saúde visam a reorientação da atenção em saúde bucal através, entre outras medidas, do estímulo ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Estas se configuram em importante fator que reforça a concepção de saúde voltada para a boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco impactando em mudanças na direção de um sistema promotor de saúde (BRASIL, 2004).

No entanto, estudo realizado por Moretti *et al.* (2010), aponta que práticas intersetoriais ainda são um desafio a ser conquistado, mas possível, principalmente quando amparada e apoiada por uma boa gestão local. E que a responsabilidade sobre essa nova forma de cuidar não deve ser atribuída somente a profissionais de saúde e gestores, mas em políticas voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, controle social, estimulando a educação permanente desses profissionais de saúde para o protagonismo diante dessas ações.

#### 5.2.3.4 *Participação comunitária e controle social*

A participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social – nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais (BRASIL, 2018).

Constitui-se como atribuição comum aos profissionais da atenção primária a promoção da mobilização e participação da comunidade para o controle social sendo essa uma questão central para o desenvolvimento dessa pesquisa:

“[...] como é que o controle social poderia ajudar, o conselho fazendo, de repente, esse chamamento para comunidade mesmo, de se afirmar a importância dessas ações, de se adquirir as escovas e ver quantas escovas, o material mesmo que a gente precisa é importante que chegue às famílias mais vulneráveis, as crianças”. (S2)

“Novamente eu falo que, inclusive na fala delas, que está sendo muito positiva no ponto de vista do aprendizado, de ver como a gente pode se articular como comunidade. Então assim, eu acho que a experiência está trazendo concretude para muito ponto de vista teórico”. (S2)

A participação popular amplia a compreensão dos profissionais de saúde sobre a realidade de vida da população e fortalece vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas oportunizando também, a partir de uma integração ensino-serviço-comunidade (IESC) consolidada, uma formação profissional em saúde pautada na reflexão sobre a realidade na produção do cuidado. O plano de trabalho da equipe

deve incluir agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe deve buscar parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e organizações não governamentais (ONG), entre outros. O acesso às informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação das políticas de saúde são ações inscritas no direito à saúde e no exercício da cidadania e devem ser asseguradas. Estimular a participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e para a efetivação dos princípios da integralidade (BRASIL, 2018).

#### *5.2.3.5 Formação para a área da saúde: IESC e Educação Permanente*

A inserção dos graduandos do curso de Odontologia em programas de integração ensino-serviço-comunidade contribui para a formação de profissionais de saúde bucal, bem como melhor adapta o currículo aos requisitos colocados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia, quanto à aproximação das necessidades de saúde bucal da população (SANVERINO, 2017).

De acordo com as DCNs do curso de Odontologia, a graduação neste curso tem por objetivo formar o cirurgião-dentista para o exercício de competências específicas tais como: exercer a Odontologia de forma articulada com o contexto social, econômico, cultural e ambiental, entendendo-a como uma forma de participação comunitária; desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação, manutenção e vigilância da saúde, em nível individual e coletivo, reconhecendo a relação da saúde bucal com as condições sistêmicas do indivíduo, entre outras (BRASIL, 2021).

Nessa perspectiva e diante do que já foi exposto, entendemos que a integração ensino-serviço-comunidade contribui para a formação de recursos humanos para a área da saúde. Isso se concretiza a partir da vivência pelos estudantes das políticas de saúde nos mais variados contextos do SUS, no

desenvolvimento de ações de educação em saúde dialógicas e centradas nas necessidades dos sujeitos, famílias e na coletividade, entre outras ações.

No entanto, diante dessa complexa engrenagem da IESC e do próprio serviço da ESF, há necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras (BRASIL, 2018).

A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. Os processos de educação devem ser estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho (BRASIL, 2018).

Diante disso, o investimento em formação e qualificação profissional para o desenvolvimento das atividades educativas como também as que envolvem a preceptoria foram expressas nas falas:

“Eu trago também a questão de que os profissionais precisam também desse suporte da educação permanente para que se sintam capazes de desenvolver todas as ações, inclusive as ações de educação em saúde”.(S3)

Corroborando com os achados empíricos, Santos e Hugo (2018), realizaram estudo com o objetivo de se investigar a associação entre formação profissional dos Cirurgiões-Dentistas em Saúde da Família e os processos de trabalho. Os resultados apontam que profissionais com formação em saúde da família compartilham mais sua agenda com outros profissionais da Atenção Básica, organizam mais a agenda para ofertar atividades educativas de saúde bucal, garantem conclusão de tratamento dos usuários mais frequentemente, realizam mais visitas domiciliares e utilizam mais protocolos para definição de ações prioritárias. Concluem pela necessidade de qualificar os recursos humanos em saúde bucal para o SUS para superar os efeitos do ensino em Odontologia, que ainda se pauta no modelo curativista, individual e fragmentado para então caminhar na direção de uma

atenção básica ordenadora do cuidado que garanta ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade a partir do desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal mostrou-se como uma estratégia possível e viável no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A realização de um diagnóstico situacional proporcionou a identificação das principais necessidades em saúde voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, bem como a elaboração e implementação de um plano de ação coerente com os problemas identificados. Tal proposta contribuiu com vivências que envolveram o quadrilátero da formação em saúde na realização das atividades educativas. A construção de linhas de cuidado para os grupos identificados tem por finalidade ampliar o cuidado na direção da integralidade em saúde e trabalhar na perspectiva da interprofissionalidade e transdisciplinaridade. Sugere-se, no entanto, outros estudos que acompanhem a instituição e operacionalização dessas linhas de cuidado.

Na presente pesquisa, foi possível identificar diversas ferramentas da saúde coletiva que auxiliam no desenvolvimento das ações educativas, tais como: planejamento, monitoramento e avaliação; práticas dialógicas; interprofissionalidade e intersetorialidade; participação comunitária e controle social; Integração ensino-serviço-comunidade (IESC) e educação permanente.

Destaca-se que a utilização da metodologia da pesquisa-ação permitiu o desenvolvimento desse estudo sendo capaz de fomentar a mobilização e participação da comunidade e demais atores envolvidos nesse processo. Ademais, a participação ao longo da pesquisa já se constituiu em uma atividade educativa onde observou-se a construção coletiva do conhecimento em saúde a partir da troca dos saberes.

Faz-se necessário enfatizar a importância de um trabalho multiprofissional e transdisciplinar, capaz de compatibilizar e mobilizar diferentes sujeitos e áreas do saber, dentro e fora da área da Saúde. O diálogo sistemático e permanente com a comunidade ajuda o desenvolvimento de estratégias e ações capazes de responder os principais problemas de saúde identificados nos territórios.

Conclui-se que a Educação em Saúde se constitui em um vetor capaz de aproximar serviço e ensino à realidade socio sanitária dos territórios e às necessidades em saúde da população favorecendo uma maior integração entre ensino, serviço e comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado de saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.
- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 9,131-138,2004.
- ALBUQUERQUE, P.C; STORTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comum Saúde, Educ** 2004;259-74
- ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **RBEM**, v.32, n.3, p.356-62, 2008.
- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.10, n.5, p.629-36, 2002.
- ALVES, H.F.C. *et al*/ Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. **Saúde soc.**30 (3) Jul20212021
- 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 Comum Saúde Educ.**2005;9(16)326-34
- AMÂNCIO FILHO, A., VIEIRA, A. L. S., GARCIA, A. C. P. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **RBEM.**, Manginhos/RJ, v.30, n.6, p.161-70, 2006.
- AMORIM *et al*. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre equipes no Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 30(1):e2020353, 2021
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.
- BISCARDE, D.G. S; SANTOS, M. P; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface Comunicação Saúde Educação** 18(48)177-86, 2014.
- BORGES, T. M. D., SANTOS, L. de B., RODRIGUES, A. ÁUREA A., & SAMPAIO, N. M. (2022). Formação em Odontologia sob o olhar da integração Ensino, Serviço e Comunidade: um relato de experiência. **Revista Da ABENO**, 22(2), 1641. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1641>
- BOTTI, S.H.O, REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**. 2008;32(3):363-73.



BOUSQUAT, A; GIOVANELLA, L; MEDINA, M.G, MENDONÇA, M.H.M, FACCHINI,LA, TASCA, R.; NEDEL, F;LIMA, J.G; MOTA, P.H.S, AQUINO, R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. **Relatório de Pesquisa Rio de Janeiro**: USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil, Rede de Pesquisa em APS Abrasco; 2020.

BRASIL. **Constituição de 1988**.Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde;2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL, República Federativa. **Decreto Presidencial N 6286, de 5 de dezembro de 2007** que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 06 de dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução N,º 3 de 21 de junho de 2021**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e as mudanças na graduação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_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.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Diretoria de Programa de Educação em Saúde. **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília(DF),2007.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez 2012.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**-Brasília-DF 2016

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 569 DE 8 de dezembro de 2017.**

BRASIL, P.R.C; SANTOS, A.M. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes, técnicas. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.28(4), e280414, 2018.

BREHMER, L.C.F; RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 118-124, Feb. 2014.

BULGARELLI, A.F; SOUZA, K.R; BAUMGARTEN, A; SOUZA, J.M, ROSING, C.K; TOASSI, R.F.C. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 351-362, June 2014.

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Physis. Rio de Janeiro. 2007

CAMPOS, G.W; BARROS, R.B; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Cien Saude Colet**. 2004;9(3):745-749

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

CAMPOS, H apud CYRINO E.G, CYRINO A.P.P, PREARO A.Y, POPIM R.C, SIMONETTI, J.P, BOAS, P.J.F.V et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev Bras Educ Med**. 2012;36(1 supl. 1):92-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200013>

CASTELANELI, I.K.M *et al* Na ausência de endereço, onde mora a saúde? Determinantes sociais e populações de ocupações. **Saúde e debate** 43.2019

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, June 2004.

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. **Cien Saude Colet**. 2007; 12(6):1697-1710.

CORDÓN J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad Saude Publica** 1997; 13(3):557-563.

DUTRA,C.E.S; SANCHEZ, H.F. Organização da atenção à saúde prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro,2015; 18(1);179-188.

FACCIN, D; SEBOLD, R; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc Saúde Colet.** 2010; 15(1):1643-1652.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T.P. L; MORAES, E. P; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva** 19(03) Mar 2014.

FELISBERTO,E. Monitoramento e avaliação na atenção básica e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Matern Infant** 4(3). Set 2004

FERRARESSO, L.F.O.T *et al.* Atividades extensionistas de educação em saúde bucal para pacientes da terceira idade: relato de experiência. **Revista ABENO.**21 (1): 1651,2021.

FERREIRA, M.J.M; RIBEIRO, K. G; ALMEIDA, M.M; SOUZA, M. S; RIBEIRO, M.T.A.M; MACHADO, M.M. T; KERR, L.R.F.S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**23(Supl.1). Acesso em 16 maio 2019.

FERREIRA,M.J.M;VIANA JÚNIOR,M.M.A expansão do agronegócio no semiárido cearense e suas implicações para a saúde ,o trabalho e o ambiente. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** 20 (58)Jul-Sep. 2016

FERREIRA, V.F *et al.* Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ Saúde.** 2014;12(2):363- 78. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>

FINKLER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F.C.S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.**

FINKLER, M. **Formação ética em Odontologia: realidades e desafios.** 2009. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal/Fortaleza**,2016.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento em Saúde. **Linha de Cuidado em Saúde Bucal.** Santa Catarina,2022.

FORTALEZA. Disponível em <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/entenda-a-nova-territorializacao-administrativa-de-fortaleza>.

FORTALEZA. Disponível em  
[https://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/assets/files/publications/fortaleza2040\\_iniciando\\_o\\_dialogo\\_17-08-2015.pdf](https://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/assets/files/publications/fortaleza2040_iniciando_o_dialogo_17-08-2015.pdf)

FORTE, F.D.S; PONTES, A.A; MORAIS, H.G.F, BARBOSA, A.S; NÉTTTO, O.B.S, BARROS, N.F. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. **Interface** (Botucatu). 2020; 24: e200166  
<https://doi.org/10.1590/Interface.200166>

FREIRE FILHO, J.R *et al* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate** 43 (spe1) Ago 2019

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 58th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GOLDSTEIN, R.A; BARCELLOS, C. **Geoprocessamento e Participação Social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde**. In: Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, L.B, MERHY E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saude Publica** 2011; 27(1):7-18.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Vozes, 2001.

IBGE Cidades@ Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>>. Acesso em 17 de janeiro de 2021.

KLEBA, M.E; KRAUSER, I.M; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20 (1):184-93.

LACERDA, A; VALLA, V.V. **Um olhar sobre a construção social a partir da dívida e das práticas de saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A, organizadores. Construção social da demanda :direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO:2005.p 279-92.

LAVÔR, T. B. S. L. et al. Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2019.

LEONELLO, V.M; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para a ação educativa da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 16(2), 177-183, 2008.

LEMKUH, I *et al* The effectiveness of educational interventions in oral health: a literature review. **Cad. Saude Colet**. 2015; 23(3):336-46 345.

LIMA *et al*. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciência. Saúde coletiva** 25(7), Jul (2020)

LOPES, P.E.S.; CARVALHO, E.J.A.; SOUZA, F.B. Opinião de cirurgiões-dentistas sobre atividades de preceptoria na formação de Odontologia em uma universidade brasileira. **Revista da ABENO**, v.18, n.3, p.169-180, 2018.

LUZ, G.W; TOASSI,R.F.C.Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. **Revista da ABENO**.16(1) ;2-12,2016.

MACHADO,F.R.S;PINHEIRO,R;GUIZARDI,F.L. **As formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde**. In: PINHEIRO,R; MATTOS,R.A, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade.3 ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO;2006 p.75-90

MACIEL, J.A.C *et al*. Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia. **Rev Bras Promoç Saude** 2016; 29(4):614-620.

MARTINS,J.J;ALBUQUERQUE,G.E;NASCIMENTO,E.R.P;BARRA,D.C.C;SOUZA,W. G.A;PACHECO,W.N.S.Necessidade de Educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**.2007;16(2):254-62.

MATTOS,G.C.M *et al* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Cienc. Saúde coletiva** 19 (02) Fev. 2014

MASSARA, M. L. A. et al. **Tratamento Restaurador Atraumático Modificado**, Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.12, n.3, p.303-06, jul./set., 2012.

MEDEIROS,L.C.M;CABRAL,I.E.O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Rev. Latinoam Enferm** 2001 9:18-26.

MELO,E.A *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate** 42 Set 2018.

MELO,J.A.C. Educação Sanitária: uma visão crítica. **Cad CEDES** 1987,4:28-64.

MENDES, E.V. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte,2007.

MENDONÇA, C.S. **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária**. In: Organização Pan-americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília, DF: OPAS; 2011. p. 23-36.

MITRE, S.M.et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13,2008.

MOIMAZ,S.A.S et al. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr** 2010;10 (3):357-363.

MORAES,L.B; COHEN, S.C. Um olhar sobre a saúde bucal de pacientes acamados domiciliados cadastrados em unidades da Estratégia de Saúde da Família no município de Teresópolis/RJ. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,v.31(2),e310213,2021

MORETTI *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizada pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR).**Ciência & Saude Coletiva** 15 (Supl. 1) 1827-1834, 2010.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **ABENO**, v.4, n.1, p.17-21, 2004.

MOURA,E.R.F; SOUSA,R.A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública** 18,1809-1811,2002

MOYSES, S.T *et al.* Associations between health promoting school's policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Prom Int** 2003; 18(3):209-218.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO,P.; RONCALLI,A.G,ANTUNES,J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica** 2006;19(6):385-93.

NASCIMENTO, A.C *et al.* Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev Saúde Pública**. 2009; 43(3):455-462.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes Editora;2000.

PADILHA, R.C. W; MACIEL, M.F. **Fundamentos da pesquisa para projetos de intervenção**.Paraná:Unicentro,2015

PAIM, J.S. ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública** 1998; 32(4):299-316.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**.Salvador.Ed. UFBA,2006.

PASSOS,J.S et al. Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Rev Baiana Saúde Pública** 2011;35:135-50

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

PELICIONI,M.C.F;PELICIONI,A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo:2007:jul/set 31(3)320-328.

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

PEREIRA, A. P. C. M.; CERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 2006

PEREIRA,D.S, NOGUEIRA, J.A.D, SILVA,C.A.B.D. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2015; 18(4):893-908

PERES NETO,J. *et al*. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciênc Saúde Colet**. 2017 Jun;22(6):1905-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.00702016>

PESSOA, V. M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental do trabalhador na atenção primária em Quixeré-CE**. 2010. 296 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PESSOA,V.M; RIGOTTO,R.M ;CARNEIRO,F.F; TEIXEIRA,A.C.A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 18,2253-2262,2013.

PETRY, J; LOPES, A.C; CASSOL, K. Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. **CoDAS**. 2019; 31(3):e2018008

PEZZATO,L.M; L'ABBATE, S; BOTAZZO, C. A produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem sócio-analítica. **Ciênc Saúde Colet**. 2013; 18(7):2095-2104.

PIMENTEL, F.C *et al*. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, de acordo com o tamanho da população: a partir de links da comunidade para a organização dos cuidados clínicos. **Cad Saúde Pública**. 2012; 28(supl):S146-S157.

PINTO,L.L *et al*. Avaliação do conhecimento sobre a doença cárie de escolares no município de Juazeiro do Norte-CE. **J Health Sei Int**,23-27.

PUCCA JUNIOR, G.A, COSTA, J.F, CHAGAS, L.D, SIVESTRE, R.M. **Oral health policies in Brazil**. Braz Oral Res [Internet]. 2009 Jun [cited 2019 Aug 12];23 Supl 1:9-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>

REIS, P.M *et al*. Educação em Saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva** 15 (1):269-276;2010.

REIS, T. C.; FIGUEIREDO, M.F.S; SOUZA, L. P. S. ; SILVA, J. R; AMARAL, A. K.M; MESSIAS, R. B; LEITE, M. T. S; RODRIGUES NETO, J. F. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst.** 2013;31(2):219-23.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015.

ROCHA, H.C; RIBEIRO, V.B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev Bras Educ Med.** 2012;36(3):343-50.

ROCHA, P. F; WARMLING, C.M; TOASSI, R.F.C. Preceptoria como modalidade de ensino: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista na atenção primária. **Revista saberes plurais: educação na saúde.** Porto Alegre.Vol 1, n.1(2016), p 96-112.

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

RODRIGUES MENDES, J. D.; FREITAS, C. A. S. L.; DIAS, M. S. A.; BEZERRA, M. M.; NETTO, J. J. M.; FERNANDES, D. R. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 1, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.p13. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5816>. Acesso em: 22 maio. 2022.

SANSEVERINO, L.; FONSECA, G.; SILVA, T.; JUNQUEIRA, S.R.; ZILBOVICIUS, C. Integração ensino-serviço na formação em Odontologia: percepções de servidores do Sistema Único de Saúde acerca da prática pedagógica no território. **Revista da ABENO**, v.17, n.3, p.89-99, 2017.

SANTOS, A.M *et al* .Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.** 2008; 42(3):464-470.

SANTOS,N.M.L; HUGO, L.B. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciênc. saude colet.** 23 (12).Dez 2018.

SCHWAB, F.C.B.S *et al* . Fatores associados à atividade em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, 26(3): 1115-1126,2021.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo:Cortez;2007

SCHERER, C. I *et al* . O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.42. Número especial 2,P 233-246,2018.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN, R.A. Construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet.** 2013; 18(11):3203-3212.



SILVA,C.M.C; MENEGHIM, M.C.PEREIRA,A.C; MIALHE,F.L .Educação em saúde :uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** 15,2539-2550,2010.

SILVA, G. G; CARCERERI ,D .L; AMANTE ,C .J. Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal. **Cad .Saúde Colet**,2017,Rio de Janeiro, 25 (1): 7-13.

SILVA, L.A; CASOTTI,C.A; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc Saúde Colet**. 2013; 18(1):221-232 .

SILVA,M.A.F;FIGUEIREDO,A.C.M;GUEIROS,R.F. **Diferentes olhares sobre os serviços de saúde bucal no SUS**.Researchgate,<https://www.researchgate.net/publication/338657453>

SILVA,R.M, PERES, A.C.O, CARCERERI,D.L. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. **Rev ABENO** 2017; 17(4):87-98.

SILVA,R.M, PERES, A.C.O, CARCERERI,D.L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6): 2259-2270,2020.

SILVA, T.A. **Cenários de prática no Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares nacionais para o curso de odontologia**. 2015. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, S.F. *et al*. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Cienc Saude Colet**. 2011; 16(1):211-20.

SOUZA,I.P.M.A;JACOBINA,R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública** 33(4),618-618,2009.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização**. In: Mendes E.V, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 237-265

TEIXEIRA,E;SILVA,B.A.C;FONSECA,J.P;SOUSA,Y.M;MACHADO,L.C.B;PORTAL,L.C;COSTA,P.T.L;ALBUQUERQUE,N.C.Educação em saúde: representação social e agir cotidiano de profissionais de saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo-2015,39(2):195-200

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**.18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

- THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social e crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009
- TIBURCIO, M.P *et al* Content validation of an instrument to assess the knowledge about the measurement of blood pressure. **Rev Pesqu Cuid Fundam** [internet] 2015
- TOASSI, R.F.C.; DAVOGLIO, R.S.; LEMOS, V.M.A. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 4, p. 223-242, Dec. 2012.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
- VASCONCELOS, E.M. Educação popular :de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. **Physis**(Rio J.)2004;14:67-83.
- WENDHAUSES, A; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & contexto enferm**, 17-25, 2003.
- WESTPHAL, M.F; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev Adm. Pública** 2000 34 (6):47-61
- VENDRUSCOLO, C; PRADO, M.L; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educação em Revista/** Belo Horizonte / v.30/n.01/ p.215-244/ mar. 2014



## APÊNDICES

### APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Esta pesquisa será desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Estou convidando-o a participar de uma pesquisa intitulada **A integração ensino-serviço-comunidade e o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde Bucal no município de Fortaleza-CE**. Este estudo objetiva contribuir para maior integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento de ações de educação em saúde pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), com vistas à integralidade da atenção na VI Coordenadoria Regional de Saúde do município de Fortaleza-CE. Para tal, realizaremos observação participante na Unidade de Atenção Primária à Saúde Anísio Teixeira e seminários com o grupo de pesquisa. Você está sendo convidado a participar **como integrante/participante do grupo de pesquisa**, nos momentos dos seminários. Os seminários serão a cada 21 dias em local apropriado a ser definido pelo grupo, no município sede da pesquisa. Estes encontros do grupo serão gravados e, em alguns momentos filmados. Esta pesquisa visa à melhoria da política de saúde- Sistema Único de Saúde, pois nesses seminários serão discutidos os problemas locais e serão propostas ações a serem implantadas no município. Informamos que os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas na área de saúde e educação. Esclarecemos que você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, que esse estudo não acarretará nenhum dano a sua saúde e, que será resguardado o sigilo das informações referente aos nomes dos participantes do grupo. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nomes: Prof. Dr Marcelo José Monteiro Ferreira, Sória Leopoldo Lima de Alencar Gomes. Instituição: Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Professor Costa Mendes,1608-Bloco Didático,5º andar-Bairro Rodolfo Teófilo-Fortaleza, Ceará Brasil- CEP:60.430-140.Telefone:(85)3366-8045.E-mail:marceloferreira@ufc.br, soria\_alencar@hotmail.com

ATENÇÃO: Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ- Rua Coronel Nunes Melo,1000 – Rodolfo Teófilo, Fone: (85)3366-8346. Horário:8:00 às 12:00 de segunda a sexta. O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo-assinado, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG \_\_\_\_\_declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

_____ / ____ / _____		
NOME DO VOLUNTÁRIO	DATA	ASSINATURA
_____ / ____ / _____		
NOME DA PESQUISADORA	DATA	ASSINATURA
_____ / ____ / _____		
NOME DA TESTEMUNHA (somente se algum integrante do grupo não souber ler)	DATA	ASSINATURA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NOME DO PROFISSIONAL QUE      DATA      ASSINATURA  
APLICOU O TCLE

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021



## APÊNDICE B- Roteiro para entrevista com informantes-chaves

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Profissão:**

**Renda : \_\_\_\_\_ Até 1 salário-mínimo**

\_\_\_\_\_ **De 1 a 2 salários-mínimos**

\_\_\_\_\_ **De 2 a 3 salários-mínimos**

\_\_\_\_\_ **Mais de 3 salários-mínimos**

• Na sua opinião, quais os principais problemas de saúde que acometem a população da área?

• Na sua opinião, quais os principais problemas da área que podem afetar a saúde das pessoas?

• Como você percebe o trabalho da Unidade de Saúde em relação a esses problemas identificados? Existe um trabalho de Educação em Saúde voltados para esses problemas identificados por você?

• Como você avalia a inserção do serviço na comunidade? Você considera que o ensino (com seus professores e alunos) agrega no serviço prestado aos usuários do SUS? Qual a sua percepção/avaliação sobre isso?



### **APÊNDICE C- Parâmetros a obedecer na observação participante na UAPS**

Os passos iniciais para a leitura sobre a situação de saúde local na observação participante se darão com base em informações contidas em base de dados locais e através de diálogo sistemático com os profissionais de saúde da UAPS, gestores e usuários do SUS bem como pelo acompanhamento das atividades/rotina de uma Equipe de Saúde da Família da UAPS Anísio Teixeira. No ato dessas atividades, registraremos nossas percepções e observações em diário de campo.

- Cronograma/ horário (escala) das equipes que tem profissionais de saúde que exercem a função de preceptoria.
- Tipo de demanda que mais chega à Unidade de Saúde: idade, sexo, local de procedência e principais queixas referidas.
- A equipe planeja e realiza ações de Educação em Saúde para os problemas mais prevalentes?



## **APÊNDICE D- Roteiro básico de perguntas norteadoras dos seminários-problematização**

### **Caracterização do lugar da pesquisa**

1-Que aspectos chamam atenção em relação à cultura, saúde, educação na comunidade?

2-Quem é a população da área, qual a principal fonte de renda?

3-Quais eventos mais importantes que aconteceram na área no que se refere ao acesso às ações de saúde bucal?

### **Caracterização do trabalho na UAPS Anísio Teixeira desenvolvido pelas ESF/ESB e Instituições de Ensino Superior (IES) na perspectiva das ações de Educação em Saúde.**

1-Quais as principais necessidades em saúde identificadas nas áreas?

2-Quais os problemas de saúde mais prevalentes na unidade de saúde?

3-Que ações de Educação em Saúde são realizadas pelas equipes?



4-Quais as potencialidades e os desafios identificados para se desenvolver ações de Educação em Saúde na área?

5-Como as ESB/ESF e a Universidade (docentes e alunos) podem contribuir com as ações de Educação em Saúde voltados para as necessidades em saúde identificadas?

6-Qual o papel dos movimentos sociais, dos usuários do serviço de saúde, do controle social no enfrentamento dos problemas e na formulação de ações de Educação em Saúde para enfrentá-los?

7-De que forma os participantes percebem a Política Nacional de Promoção à Saúde e a Política de Educação Popular em Saúde?

8-Que outros setores da sociedade podem se somar na condução e na operacionalização das ações de Educação em Saúde voltados para a área?



## APÊNDICE E- Orçamento

<b>DESPESAS</b>			
<b>Descrição</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total (R\$)</b>
Resma de Papel A4	20,00	5	100,00
Cartuchos de Tinta para impressão	70,00	4	280,00
Gravadores digitais	200,00	2	400,00
Computador pessoal (laptop)	4.500,00	1	4.500,00
Impressora multifuncional	1.400,00	1	1.400,00
Produção de material gráfico (cartilhas, material educativo)	Diversos	Diversos	1.000,00
Material de escritório: caneta, lápis, borracha, prancheta, envelope, pincéis, xerox	Diversos	Diversos	2.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>9.680,00</b>



## APÊNDICE F- Cronograma de desenvolvimento da pesquisa

Descrição da Atividade	2021/Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X						
Coleta de dados/Visitas exploratórias ao campo da pesquisa					X	X	X	X				
Exame Geral de Qualificação								X				
Trabalho de Campo								X	X	X	X	X
Descrição da Atividade	2022/Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Análise dos dados	X	X	X	X								
Redação de Artigo					X	X						
Defesa da Dissertação							X					

## ANEXOS

## ANEXO A- Declaração de Anuência



Prefeitura de Fortaleza  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais  
P107731/2021

## DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa "A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE", sob a responsabilidade da pesquisadora **SÓRIA LEOPOLDO LIMA DE ALENCAR GOMES** do CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA da UFC, sob a orientação do Professor **DR. MARCELO JOSÉ MONTEIRO FERREIRA**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES VI, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **MAIO A DEZEMBRO/2021** não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: ceppes.sms@gmail.com, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 19 de abril de 2021

Anamaria Cavalcante e Silva  
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais