

Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

Professional profiles and educational practices of oral health in Primary Health Care

Lílian Fernandes Amarante¹, Sharmênia de Araújo Soares Nuto¹, Franklin Delano Soares Forte², Maria de Fátima Antero Sousa Machado³, Lizaldo Andrade Maia⁴

DOI: 10.1590/2358-289820241408535P

RESUMO Na saúde bucal, ações educativas ainda se fundamentam na transmissão de conhecimentos, com pouco diálogo com a população. Estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Objetivou-se analisar práticas educativas inseridas no modelo tradicional e dialógico de educação em saúde, identificando motivações e desafios dos dentistas na realização de ações efetivamente dialógicas, críticas e reflexivas. Realizaram-se entrevistas com 39 cirurgiões-dentistas de Fortaleza-CE, os dados submetidos à Análise de Conteúdo, identificando três perfis profissionais: dentista passivo, esforçado e empoderado. No passivo, a educação para adolescentes, a troca de benefícios e a valorização do atendimento clínico foram dificuldades citadas que remetem à culpabilização da população, sem fatores motivadores. A culpabilização também emergiu nos esforçados, com o desinteresse da população, sendo apresentado como motivadores a intersectorialidade, a melhoria da saúde da população e a motivação pessoal. Já os empoderados evidenciaram como desafios a vulnerabilidade e a falta de comprometimento profissional, sendo motivados por ações interprofissionais. A gestão e a pandemia da Covid-19 foram dificuldades comuns, sendo evidenciada a importância da educação permanente, que ainda possui pouco incentivo na difusão de abordagens educativas problematizadoras, além da necessidade de potencializar estratégias de motivação profissional no desenvolvimento dessas práticas.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Educação em saúde bucal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *In oral health, educational actions are still based on the transmission of knowledge, without observing the real needs of the population. Cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, aiming to analyze educational practices of primary care dentists, identifying motivations and difficulties to carry them out. Data collection was carried out through interviews with 39 dentists in Fortaleza-CE, submitted to Content Analysis, identifying three professional profiles: passive, hardworking and empowered dentist. On the passive side, education for adolescents, exchange of benefits, and the valuation of clinical care were difficulties mentioned that lead to the blame of the population, without citing motivations. Blaming also emerged with the hardworking, along with the population's lack of interest, with intersectoriality, improved health of the population, and personal motivation being presented as motivators. The empowered ones, on the other hand, highlighted vulnerability and lack of professional commitment as challenges, being motivated by interprofessional actions. Management and the COVID-19 pandemic were difficulties common to the profiles, highlighting the importance of Continuing Education, which still has little incentive in the dissemination of problematizing educational approaches, in addition to the need to enhance professional motivation strategies in the development of these practices.*

KEYWORDS Health education. Oral health education. Primary Health Care.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Fortaleza (CE), Brasil.
lilianamarante14@gmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.

³Universidade Regional do Cariri (Urca) - Crato (CE), Brasil.

⁴Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) - Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

A educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da saúde por meio da articulação de saberes técnicos e populares, e com uso de recursos institucionais e comunitários na expectativa de superar o modelo biomédico e abranger os multideterminantes do processo saúde-doença¹.

À medida que as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir, entende-se toda ação de saúde como uma ação educativa. Assim, o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é, também, um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos copartícipes no processo de construção de saúde, promovendo a autonomia do cuidado^{2,3}.

No contexto da saúde bucal, a educação em saúde é uma importante ferramenta para redução de riscos e mudanças de cenários epidemiológicos. O cirurgião-dentista na atenção primária deve, portanto, assegurar à população adscrita a integralidade da assistência, aliando a atuação clínica à prática preventiva e educativa, além de considerar a influência de determinantes sociais, econômicos e culturais sobre as condições de vida e saúde da população^{4,5}. Essa proposta insere-se em um discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico, que se baseia na proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades das pessoas e que tem o diálogo como instrumento essencial para refletir criticamente a realidade e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento. As pessoas deixam de ser objetos para assumir o *status* de sujeitos das práticas educativas, compreendidas nos diversos contextos de vida⁶.

No entanto, percebe-se que algumas práticas educativas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda estão centradas

principalmente na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, que são impostas e devem ser seguidas à risca pela população⁷.

Assim, o modo de agir e compreender o processo de trabalho educativo precisa ser objeto de reflexão, para que o cuidado seja inerente ao saber-fazer dos profissionais e práticas educativas autoritárias e não dialógicas sejam superadas⁸.

Entendendo que a APS é um cenário favorável ao desenvolvimento de ações educativas intersectoriais, de participação social e de empoderamento individual e coletivo, buscou-se analisar práticas educativas inseridas no modelo tradicional e dialógico de educação em saúde, identificando motivações e desafios dos dentistas na realização de ações efetivamente dialógicas, críticas e reflexivas. Dessa forma, poder-se-ia perceber se há a inserção desses profissionais na reconstrução de práticas promotoras de saúde, articuladas com as reais necessidades da população.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa⁹, que foi realizado com cirurgiões-dentistas que atuam em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps) do município de Fortaleza, Ceará.

Fortaleza é dividida em seis Distritos de Saúde, tendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como órgão gestor. Atualmente, o município possui 116 Uaps, sendo 16 na Regional I, 12 na Regional II, 19 na Regional III, 13 na Regional IV, 25 na Regional V e 31 na Regional VI. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza é de 70,38%, e das Equipes de Saúde Bucal (EqSB), de 50%¹⁰.

Optou-se por uma amostra intencional, em que as Uaps a serem incluídas no estudo foram selecionadas por meio da Gerência Especial de Saúde Bucal, que sinalizaram Uaps com EqSB que se destacavam por experiências educativas exitosas e/ou inovadoras. A população

era composta de 46 cirurgiões-dentistas que atuavam em 12 Uaps, distribuídos em 6 Regionais de Saúde. Após os critérios de inclusão (dentistas que fossem servidores públicos) e exclusão (dentistas que estivessem em cargo de gestão, de licença ou que conhecessem os objetivos do estudo), compuseram a amostra 39 cirurgiões-dentistas.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, por uma pesquisadora, que não possuía nenhuma relação com os participantes, por intermédio de entrevistas semiestruturadas realizadas nas próprias Uaps. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pela mesma pesquisadora, e os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos por meio da letra E e por números (E1, E2), como forma de garantir o anonimato dos participantes. O tempo médio de entrevista foi de 30 minutos. Além da entrevista, um diário de campo foi utilizado para descrição de impressões, emoções e sentimentos identificados pela pesquisadora durante a realização de cada entrevista.

Após a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas e do diário de campo, realizou-se a leitura compreensiva de todo o material, em que emergiram as categorias empíricas e suas subcategorias, sendo utilizado para a análise o método de Análise de Conteúdo⁹. Para delimitação dos perfis profissionais que emergiram desta pesquisa, utilizaram-se como referência

as modalidades tecnoburocrática, sacerdote e militante de exercício da prática profissional utilizada no estudo de Terra¹¹. Dessa forma, do *corpus* de análise, foram identificados três perfis de dentista: dentista passivo, dentista esforçado e dentista empoderado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) sob o parecer nº 5.078.770, e as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

Resultados e discussão

Em relação à caracterização da amostra do estudo (*tabela 1*), 69,2% (n=27) são mulheres, com média de idade de 48 anos, variando de 38 a 66 anos; 48,7% (n=19) possuem entre 16 e 20 anos de tempo de formação profissional; e 35,9% (n=14) estão nesse mesmo tempo em trabalho (entre 16 e 20 anos) atuando em ESF. Em relação à pós-graduação, 64,1% (n=25) dos entrevistados possuem algum curso de especialização, sendo que 59,0% (n=23) na área de saúde da família ou saúde coletiva. No entanto, apenas 35,9% (n=14) dos dentistas fizeram algum curso ou capacitação envolvendo o conhecimento de Metodologias Ativas e/ou Educação Popular.

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

Características	n	%
Sexo		
Masculino	12	31,8
Feminino	27	69,2
Idade		
30-40 anos	6	15,38
40-50 anos	26	66,66
51-60 anos	5	12,82
> 60 anos	2	5,14

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

Características	n	%
Tempo de formação profissional		
16-20 anos	19	48,7
21-25 anos	12	30,8
> 25 anos	8	20,5
Tempo de trabalho na ESF		
6-10 anos	6	15,4
11-15 anos	13	33,3
16-20 anos	14	35,9
21- 25 anos	6	15,4
Titulação		
Especialização	25	64,1
Residência	1	2,6
Mestrado	12	30,8
Doutorado	1	2,6
Pós-Graduação em Saúde da Família/Saúde Coletiva		
Sim	23	59,0
Não	16	41,0
Curso de Metodologias Ativas/Educação Popular		
Sim	14	35,9
Não	25	64,1

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que profissionais submetidos à mesma conjuntura econômico-social, trabalhando em um mesmo contexto e no mesmo município, possuem condutas distintas e têm diferentes percepções das práticas educativas, o que permitiu identificar três perfis de

profissionais. O *quadro 1* contempla as categorias, as subcategorias e as características das principais atividades educativas, assim como as dificuldades e as motivações identificadas em cada perfil profissional.

Quadro 1. Resumo comparativo das categorias e subcategorias entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias	Subcategorias	Perfis profissionais		
		Passivo	Esforçado	Empoderado
Características das práticas	Práticas educativas	Palestras e atividades preventivas coletivas	Grupos Operativos e Ações em sala de espera	Grupos Operativos, práticas lúdicas e rodas de conversa
	Local principal de realização de ações	Ambiente escolar/creche	Unidade de Saúde	Espaços sociais no território
	Visão ampliada da saúde bucal	Incipiente, com enfoque em temáticas relacionadas com a saúde bucal	Sim, com abordagem de diferentes temáticas	Sim, com abordagem de diferentes temáticas
	Tipo de abordagem educativa	Tradicional	Principalmente tradicional	Problematizadora
	Culpabilização	Fortemente presente	Presente	Ausente

Quadro 1. Resumo comparativo das categorias e subcategorias entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias	Subcategorias	Perfis profissionais		
		Passivo	Esforçado	Empoderado
Desafios	Dificultadores relacionados com culpabilização	Educação em saúde para adolescentes Troca de benefícios Valorização do atendimento clínico	Valorização do atendimento clínico Troca de benefícios Falta de interesse da população	Ausente
	Dificultadores não relacionados com culpabilização	Ausente	Ausente	Valorização do atendimento clínico Falta de interesse da população
	Dificultadores relacionados com gestão	Falta de valorização Falta de material educativo Educação permanente	Processo de trabalho Educação Permanente Estrutura física	Processo de trabalho Educação Permanente Falta de valorização
	Outros dificultadores	Pandemia Violência Falta de receptividade em espaços sociais	Pandemia	Vulnerabilidade Falta de comprometimento profissional Pandemia Demanda reprimida
Motivações	Motivadores	Não citados	Intersetorialidade Melhoria de saúde da população Motivação pessoal	Intersetorialidade Ações interprofissionais Motivação pessoal

Fonte: elaboração própria.

Dentista passivo

Alguns dentistas estavam mais apáticos durante a entrevista, aparentando cansaço e desestímulo em relação ao seu próprio processo de trabalho, bem como em suas práticas educativas. Esses profissionais se mostraram desmotivados em relação às próprias ações, caracterizando certa passividade. O perfil ‘dentista passivo’ foi encontrado em 35,9% dos entrevistados, tendo o ambiente escolar como espaço social prioritário de realização de suas práticas educativas, sendo as ações preventivas de instrução de higiene bucal e aplicação tópica de flúor as mais realizadas, além de palestras. “A gente faz mais ações na escola mesmo. Faz orientação de escovação, aplicação de flúor e às vezes alguma palestra falando sobre saúde bucal” (E4).

É importante destacar que, dos 14 cirurgiões-dentistas com esse perfil, 5 fizeram pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, e apenas 1 fez algum curso sobre metodologias ativas e/ou abordagens educativas problematizadoras, como a educação

popular em saúde. Uma categoria que emergiu fortemente após a análise de alguns fatores tidos como dificultadores pelos entrevistados desse perfil foi a culpabilização. Valla¹² descreveu a culpabilização como o produto de práticas tradicionais de educação em saúde, que se limitam à prescrição de comportamentos individuais adequados à obtenção da boa saúde, provocando uma interpretação de que a população é a principal culpada pelo seu adoecimento, sem levar em conta as experiências de vida e o contexto social de grupos mais vulneráveis.

Uma das justificativas para culpar os usuários é a desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico põe em segundo plano o saber acumulado da população, lançando mão da escolaridade como parâmetro da competência. Dessa forma, muitas vezes, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva ineficiente¹³.

Observou-se, nesse perfil, a dificuldade em realizar atividades educativas com o público adolescente. Os adolescentes são

‘culpabilizados’ por serem um público difícil para a realização de práticas educativas: “Antes a gente fazia com os adolescentes também, só que é um público muito difícil” (E3). Essa dificuldade é relatada em estudos, sendo os principais entraves citados: a pouca participação dos adolescentes em ações educativas, as falhas na comunicação e a falta de criatividade da equipe em promover atividades atrativas para esse público^{14,15}.

Devem-se desenvolver atividades de educação em saúde utilizando estratégias lúdicas e dialógicas para a interação com esses sujeitos. Trabalhar com grupos de adolescentes e proporcionar um espaço criativo e oportuno para o desenvolvimento de habilidades se configuram como estratégia para a educação em saúde para esse público¹⁶.

Chamou a atenção a citação da troca de benefícios, como escova dental e pasta, como uma das principais dificuldades para a realização dessas práticas, já que há sempre a necessidade de dar algo em troca para que haja a participação da população nessas ações: “A comunidade só é participativa quando tem algum brinde para dar. Quando não tem, a participação é baixa nessas ações” (E4).

O atrelamento de ações educativas com a troca de benefícios produz práticas superficiais, em que as necessidades do usuário e o contexto no qual ele está inserido não são observados. Para que o processo educativo seja realmente eficaz e promova a autonomia do cuidado, é necessário repensar os tipos de abordagens que estão sendo utilizadas, priorizando estratégias que promovam uma maior interação e criação de vínculos com a população. Outras dificuldades citadas foram a valorização do atendimento clínico, a falta de interesse dos usuários nesse tipo de prática e a sensação de falta de resolutividade dos problemas da população.

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

A gente sente como se estivesse enxugando gelo, porque a gente ensina, escova e orienta, e daqui a pouco, a pessoa vem com a boca toda acabada de novo. Ou seja, foi tudo em vão. Isso desmotiva muito. (E3).

Pelas falas, observa-se que mais uma vez há a culpabilização da população em relação à falta de valorização de atividades educativas e no que diz respeito à falta de cumprimento de orientações dadas que, teoricamente, deveriam resultar em uma boa condição de saúde bucal. As demandas de uma população são socialmente construídas; nesse sentido, seja pelo modelo biomédico hegemônico curativista, seja pela indisponibilidade de procedimentos odontológicos curativos, foram acumulados problemas assistenciais que não podem ser desprezados. Com isso, os usuários tornam as unidades de saúde um locus de busca por ações curativas, de repercussão imediata e palpável, em detrimento, inclusive, das ações de caráter promocional, que requerem mudança de estilo de vida e nem sempre são perceptíveis em curto prazo^{7,17}.

É fato que a existência de grande demanda reprimida por atendimento clínico impede que o modelo hegemônico biomédico seja questionado e substituído por princípios importantes para a promoção da saúde. Observa-se a priorização de tratamentos medicalizadores e curativos em detrimento da educação em saúde. Dessa forma, as práticas educativas dialógicas esbarram, muitas vezes, na concepção tradicional de educação em saúde e na predominância ainda do modelo biomédico na formação, na prática e na relação dos profissionais de saúde com a população¹⁸. O modo de fazer saúde, para esse dentista, ainda reproduz um modelo com centralização das ações no cirurgião-dentista, enfoque individual e curativista, isso contribui para a manutenção de um modelo de intervenção essencialmente individual e prescritivo, que negligencia os determinantes sociais da saúde e doença e culpabiliza os indivíduos por sua condição de saúde^{17,18}.

Quanto à falta de interesse dos usuários em práticas educativas, isso pode ocorrer em razão de experiências impositivas e prescritivas, gerando um descrédito em relação à educação em saúde devido à insatisfação com a metodologia empregada. É possível construir uma conduta pautada nas necessidades das pessoas, nas suas experiências e na realidade concreta com suas múltiplidades culturais ligadas ao processo saúde-doença e da própria vida^{19,20}.

Em relação à sensação de falta de resolutividade dos problemas da população, é necessária a realização de mais estudos que efetivamente demonstrem os resultados e o impacto positivo das ações odontológicas realizadas pelas equipes, realizando o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas em saúde bucal, por meio de indicadores que permitam elaborar um conhecimento sobre uma determinada situação com vistas à melhoria da saúde da população²¹.

A gestão municipal é tida como a principal responsável pela desmotivação e pelas dificuldades no desenvolvimento de ações educativas. Para esse perfil, há pouco incentivo e valorização da gestão para a realização dessas ações, com pouco estímulo financeiro, além da dificuldade de disponibilidade de transporte e de material educativo, confluindo com os achados de outros estudos^{17,22,23}.

Os profissionais estão altamente desmotivados. A gente teve perda salarial [...], não chega nada de material para essas ações. A gente tem que produzir até o material educativo. Quando a gente quer fazer alguma coisa é um sacrifício. Não tem incentivo da gestão. Eles não valorizam a gente. (E4).

A prefeitura antes facilitava para que a gente fizesse essas práticas. Hoje é o contrário. Tudo o que pode ser dificultado parece que é dificultado. Não tem mais carro, falta transporte, logística complicada para sair na unidade. Isso acaba desmotivando muito a gente de fazer essas ações. É melhor ficar na clínica mesmo. (E12).

É importante a valorização, pela gestão municipal, das práticas educativas no processo de trabalho na ESF, incentivando e direcionando essas ações, para que elas sejam realizadas pelo profissional não apenas para o cumprimento de metas, mas também para gerar mudanças com base em reflexões pela população. A falta de transporte para o deslocamento de profissionais para ações em áreas mais distantes é bastante comum na rotina de trabalho dos profissionais da saúde. No entanto, pode-se optar, no caso dessa indisponibilidade, por fazer ações na própria unidade de saúde ou em espaços sociais mais próximos a ela. Já a ausência de material de apoio pedagógico ou audiovisual é fator que impõe barreiras à prática educativa, porém não impede a sua realização. Considerando que a prática educativa deve estar apoiada em um modelo social imerso na cultura popular, esses instrumentos educativos podem ser construídos nos territórios. A inclusão de tecnologias leves como o diálogo seria uma importante estratégia como ponto de partida para disparar reflexões coletivas nesse perfil.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) também foi citada como um desafio atrelado à gestão:

Precisa de cursos também. A gente tem a plataforma de educação permanente, mas é uma coisa que a gente se vira, faz os cursos na plataforma ao nosso gosto. A prefeitura não direciona, não dá curso que mude essas práticas, entendeu? (E4).

A EPS deve se configurar como uma fonte de conhecimento, que propicia reflexão, criticidade e problematização da realidade em que os profissionais e a comunidade estão inseridos, de maneira a compreendê-la e propor ações de mudanças²⁴.

Atualmente, existe no município um Programa de EPS, que possibilita a destinação de parte da carga horária mensal de algumas categorias de servidores da saúde, como os dentistas, às atividades e cursos destinados à educação permanente. No entanto, não se

observam incentivo e direcionamento da gestão para cursos e vivências voltadas para as temáticas que busquem modificar as práticas de educação em saúde tradicionais e o despertar do interesse pelo trabalho educativo, com temáticas relacionadas com abordagens educativas problematizadoras, por exemplo.

A pandemia da Covid-19, a violência no território e a falta de receptividade em alguns espaços sociais também foram citadas como desafios. Na pandemia, foi necessário elaborar diversas medidas de isolamento social, que resultaram na restrição de aglomerações de pessoas em espaços sociais e, por consequência, na redução significativa de atividades educativas presenciais. Diante dessa realidade, o processo educacional em saúde precisaria ser readequado, explorando ferramentas e novas estratégias para que essas ações fossem mantidas²⁵. No entanto, pelo enfoque de as ações desse perfil profissional serem as escolas, foi percebido que as práticas educativas foram quase que completamente interrompidas, não sendo citada nenhuma tentativa de inovar ou adaptar essas ações para que elas não fossem descontinuadas.

Em relação à violência, percebe-se que os profissionais que atuam na atenção primária infelizmente vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extramuros, o que tem causado limitações no desenvolvimento de atividades educativas, visitas domiciliares, consultas agendadas e outras ações de promoção da saúde²⁶. Já a falta de receptividade em alguns espaços sociais deixa explícita a falta de parcerias para o desenvolvimento de ações educativas destacadas por esse grupo. É preciso ultrapassar o paradigma comportamentalista, ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção para construir métodos que valorizem parcerias a fim de viabilizar a continuidade e a efetividade dessas ações²⁷. Esse perfil não citou fatores motivadores, comprovando a passividade desses profissionais não só diante do processo educativo, mas também do seu próprio processo de trabalho e do contexto social no qual ele está inserido.

Dentista esforçado

Alguns dentistas se mostraram mais participativos em seu processo de trabalho e em suas práticas educativas, demonstrando preocupação com os usuários e com a saúde de seus pacientes. No entanto, ainda é percebido certo distanciamento em relação ao contexto social de sua comunidade, com poucas reflexões das possibilidades de transformação de suas práticas. Esse perfil foi encontrado em 30,7% dos profissionais entrevistados, tendo a unidade de saúde como o principal local de prática educativa, e os grupos operativos e as ações em sala de espera como as atividades mais realizadas. Observa-se uma visão ampliada da odontologia nesse perfil, com abordagem de temáticas diferentes daquelas relacionadas apenas com a saúde bucal.

Dos 12 dentistas desse perfil, 9 fizeram pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, o que acaba por refletir na forma de cuidado evidenciado por esse perfil em relação à saúde de seu usuário e da sua comunidade. Contudo, essa titulação não garante que abordagens problematizadoras sejam prioridade nessas práticas, já que apenas dois profissionais fizeram algum curso sobre essa temática, o que acaba impactando nas práticas educativas utilizadas.

Semelhantemente ao perfil passivo, a culpabilização também emergiu como categoria nesses dentistas. As temáticas relacionadas com valorização do atendimento clínico, troca de benefícios, falta de interesse da população e educação em saúde para adolescentes também foram citadas como dificuldades na realização de ações educativas.

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

A gente sensibiliza a criança, mas os pais às vezes não são tão inseridos nesse contexto. A gente já marcou várias reuniões e é mais complicado [...]. Eles acham que é bobagem. (E25).

Em relação às dificuldades em realizar práticas educativas para os pais, é importante enfatizar que a desconsideração a aspectos sociais e culturais pode provocar resistência e indiferença ao que foi ‘ensinado’. Na relação cuidar-educar, se for desconsiderada a cultura dos usuários, é possível não atingir os objetivos previstos na ação educativa. Além disso, a formação de vínculo e confiança entre os pais e os profissionais resulta em maior eficácia em ações educativas, aumentando a autonomia deles perante as condições de saúde/doença dos filhos e de suas famílias²⁸.

A gestão surgiu novamente como categoria empírica, por meio do agrupamento de quatro temas, sendo dois deles também encontrados no perfil profissional passivo: educação permanente e falta de valorização/incentivo. É notável que mesmo expondo a gestão como responsável por algumas dificuldades na execução dessas práticas, percebe-se um maior esforço dos dentistas desse perfil em realizar essas ações mesmo diante das fragilidades citadas. Além disso, foi quase unânime o posicionamento desses profissionais quanto à necessidade de melhorar os tipos de abordagem educativa em suas práticas de educação em saúde.

Nessa perspectiva, entende-se que há carência de processos formativos mais direcionados para metodologias ativas e estratégias educativas dialógicas. Essas práticas despertam o entendimento e o interesse dos profissionais e, especialmente, promovem reflexões sobre os seus próprios processos de trabalho, com o uso da problematização na busca por transformar práticas de saúde e de educação²⁹.

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

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

Eu acho que deveria ter mais investimento em estrutura física também, tipo um auditório, uma sala ampla, para que essas atividades fossem melhor desenvolvidas. (E2).

Sendo a APS a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a ela, é atribuído o acolhimento da demanda espontânea e programada de todas as pessoas adscritas em determinado território. No entanto, observa-se que boa parte da desarticulação das ações educativas dos profissionais se deve às dificuldades na gestão do processo de trabalho, inviabilizando a interprofissionalidade. Na prática, isso se visualiza por equipes sobrecarregadas, com dificuldades para responder à demanda espontânea e para organizar uma agenda de atendimento aos usuários, deixando atividades educativas, muitas vezes, em segundo plano³⁰.

O alinhamento de agenda dos profissionais por equipe, assim como a pactuação de horários ou turnos para o desenvolvimento de ações educativas de forma contínua e com abordagem multiprofissional, constitui estratégias para possibilitar a integração da equipe, planejamento e execução de ações educativas. A falta de espaço na unidade de saúde para a realização de atividades educativas foi uma dificuldade também relatada por profissionais de saúde em outros estudos. É fato que isso pode dificultar a realização de atividades educativas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade^{22,30}. Uma estratégia para minimizar o impacto de espaços físicos desfavoráveis seria a realização de ações em espaços sociais na própria comunidade.

A Covid-19 também foi citada como uma dificuldade, gerando desmotivação por esses profissionais: “*A gente anda bem desmotivado com tudo isso que a gente tá passando. Essa questão da pandemia é algo que vai deixando todo mundo cheio de preocupações*” (E19). No entanto, foi observado um menor impacto da pandemia nesse perfil profissional comparado ao perfil anterior, já que esses dentistas realizam uma maior variedade de atividades

educativas, não ficando restritos apenas ao ambiente escolar.

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

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

Quando vem estudantes das universidades, que já são pessoas mais atualizadas, que já tem práticas mais diferenciadas, eles já trabalham com coisas diferentes. Isso acaba motivando a gente, dando um 'gás' a mais. (E19).

A Política Nacional de Atenção Básica orienta que os profissionais de saúde devem identificar parceiros e recursos que possam potencializar e desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. Dessa forma, a busca por parceiros, tais como associação de moradores, igrejas, escolas, organizações não governamentais, além de instituições de ensino, constitui uma das estratégias para facilitar e otimizar a realização de práticas educativas que interajam com a comunidade, com vistas à promoção da saúde³¹.

As parcerias com as universidades, com a atuação dos dentistas como preceptores, merecem destaque por permitir a troca de saberes e experiências entre profissionais, usuários e estudantes, possibilitando o conhecimento da realidade e a integração serviço/comunidade de modo dinâmico. Isso permite a esses profissionais apropriarem-se dos processos de trabalho, ressignificando suas ações educativas e transformando-as em práticas concretas de intervenção e reflexão³².

Outras motivações citadas pelos dentistas desse perfil foram a percepção de melhoria

de saúde da população e a própria motivação pessoal do profissional:

Consigo perceber melhora no público infantil, com as famílias. Isso nos motiva a fazer o nosso trabalho. Os idosos também ficam felizes quando vamos fazer alguma ação com eles. (E2).

Se a gente conseguir ajudar uma pessoa, duas por dia, tudo vai ser levado para as famílias e para o convívio familiar. Ajudando uma pessoa por dia, eu já estou feliz porque consegui cumprir um pouco do meu papel como profissional de saúde. (E33).

Diferentemente do perfil passivo que tem a percepção da falta de resolutividade dos problemas da comunidade, o dentista esforçado percebe uma melhoria na condição de saúde da sua população, o que acaba por gerar também uma motivação pessoal. A motivação interna deve ser desenvolvida, pois é ela que adquire maior valor e alcança o melhor objetivo, que é o da participação e envolvimento nas atividades planejadas e implementadas, gerando o comprometimento do profissional³³.

Dentista empoderado

Nesse perfil, os profissionais mostraram-se mais solícitos e comunicativos, demonstrando uma visão crítica da importância do seu papel na construção da autonomia da população, tendo como base o contexto político/social no qual ela está inserida, estando presente em um terço dos entrevistados. Identificaram-se planejamento e realização de ações educativas em espaços sociais no território, com uso de abordagens problematizadoras e de troca de saberes, tendo os grupos, as práticas lúdicas e as rodas de conversa como as principais intervenções educativas. Dos 13 dentistas desse perfil, 11 realizaram cursos voltados para abordagens educativas problematizadoras, o que parece interferir diretamente no discurso, na forma que o profissional se insere no processo educativo e nas práticas realizadas.

Diferentemente dos outros perfis, esses profissionais não justificam as dificuldades das suas práticas culpabilizando os usuários, mas entendem o contexto dinâmico no qual a comunidade está inserida e evidenciam desafios, como a falta de interesse da população em práticas educativas e a valorização pelo atendimento clínico que necessitam ser superados:

O que pega é como chegar na população e motivá-los a participar dessas atividades. Eu acho que esse é o grande desafio. A gente também tá tentando descobrir isso todos os dias. (E1).

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

O desinteresse da população em ações educativas e a valorização do atendimento clínico são grandes entraves relatados por muitos profissionais em suas práticas. Para que ocorram mudanças nesse paradigma, é preciso um trabalho contínuo de conscientização dos profissionais na comunidade. Além disso, é importante ressaltar que, para a população perceber o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário que os profissionais também acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios das ações educativas para a saúde da população³⁴.

A gestão aparece como responsável por algumas dificuldades no desenvolvimento dessas ações educativas, sendo quatro temáticas já citadas nos perfis anteriores, como as relacionadas com processo de trabalho, falta de incentivo/valorização, educação permanente e estrutura física. Outra temática citada relacionada com a gestão, mas que não aparece nos outros perfis, foi a carência de profissionais na atenção primária.

Sabe-se que, para que haja uma educação em saúde eficaz, é necessário, além da vontade para realizá-la, a disponibilidade de recursos materiais, recursos humanos e apoio. A

atuação do gestor no planejamento das ações, na promoção de capacitação e na manutenção das equipes pode interferir nos resultados apresentados na realização dessas ações³⁵.

Nesse grupo, é possível perceber a interferência direta da EPS nas metodologias educativas, na visão crítica e no processo reflexivo que permeia as ações ‘empoderadas’ desses dentistas. É importante enfatizar que a identificação dos elementos de vulnerabilidade de uma população, como demonstrado por esse perfil, e a relação entre os diversos contextos individuais e sociais podem dar espaço ao fortalecimento de ambientes saudáveis de vida e do autocuidado para a saúde.

A dificuldade maior é a vulnerabilidade, porque tem violência, medo, fome, desemprego. Como aquela ação vai ter significado, se aquela pessoa não tem o que comer em casa? Como você vai falar em educação em saúde estando ela tão vulnerável? (E11).

Assim, esse perfil percebe também a dificuldade da intersetorialidade para conseguir ações realmente efetivas, afinal, práticas de educação e promoção da saúde necessitam extrapolar os componentes informativos e incorporar a análise da vulnerabilidade no planejamento de ações educativas a grupos populacionais específicos, como estratégia de enfrentamento³⁶.

Outra dificuldade relatada foi a falta de comprometimento de alguns profissionais na realização dessas ações, além da demanda reprimida provocada pela pandemia, provocando uma limitação pela dificuldade desses dentistas de saírem das atividades clínicas.

Em relação aos motivadores para esse perfil, foi citada a motivação pessoal, também presente no perfil esforçado, e um outro fator motivador: as ações interprofissionais:

Eu acho legal juntamos vários profissionais e cada um pode falar e ajudar no planejamento dessas atividades, observando qual público está precisando mais, quais temas que a gente deve abordar. Essa discussão é muito rica. (E1).

O trabalho interprofissional colaborativo é apresentado como uma das melhores formas de enfrentamento dos desafios, desenvolvendo o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde²⁹. Percebe-se um movimento dinâmico entre os profissionais que, apesar das atribuições e dos saberes específicos de cada categoria, estão envolvidos nas fases e nos temas do processo educativo pautado na integralidade da pessoa. Somente trabalhando dessa forma obtém-se uma equipe preparada para lidar com a complexidade das práticas educativas na atenção primária, reorganizando o processo de trabalho em saúde e permitindo um novo fazer dialógico, em que todos possam ser sujeitos do processo³⁷.

Além disso, é importante reconhecer a educação em saúde realizada ‘um a um’, quando o profissional pode socializar saberes e fazeres, fortalecendo os afetos e os vínculos a partir de uma clínica ampliada que tenha a centralidade no sujeito³⁸.

Algumas limitações do estudo precisam ser reconhecidas, como a seleção das unidades de saúde pela gestão. Além disso, é preciso ressaltar que a classificação em perfis não é definidora do profissional, mas de sua atuação em um dado momento, a partir de todas as condições e possibilidades do seu exercício profissional.

Considerações finais

Durante este estudo, foi admitida a existência de três perfis profissionais – passivo, esforçado e empoderado –, que demonstram motivações e dificuldades distintas na realização

de práticas educativas. A culpabilização da população, evidenciada no perfil passivo e esforçado, remete ao modelo biomédico e às práticas educativas tradicionais, sendo uma dificuldade a ser combatida por meio da valorização do saber popular e de abordagens educativas dialógicas, estratégias presentes no perfil empoderado.

É importante destacar que a pandemia da Covid-19 e a gestão emergiram como dificuldades para a realização de práticas educativas nos três perfis profissionais, sendo salientada a importância da educação permanente na difusão de abordagens educativas problematizadoras e reflexivas. É necessário também proporcionar condições adequadas para a concretização dessas práticas, e isso pode ser possível conhecendo as necessidades desses profissionais e permitindo a inclusão deles no planejamento e na implantação de estratégias desenvolvidas pelas instituições e serviços.

Aliados a esse processo, torna-se importante conhecer e potencializar estratégias que promovam a motivação desses cirurgiões-dentistas não só em práticas educativas, mas também diante do seu processo de trabalho. Isso permitirá a participação e o engajamento desses trabalhadores em ações, fazendo-os compreender que eles são sujeitos capazes de promover mudanças mesmo diante das dificuldades.

Colaboradores

Amarante LF (0000-0003-0343-4499)*, Nuto SAS (0000-0002-4763-6773)*, Forte FDS (0000-0003-4237-0184)*, Machado MFAS (0000-0002-2541-8441)* e Maia LA (0000-0003-0634-1757)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ramos CF, Araruna RD, Lima CM, et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(3):1144-51.
2. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(supl2):177-185.
3. Vasconcelos M, Grillo MJ, Soares SM. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. UNA-SUS. 2012 jan 31. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/93>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS, 2004.
5. Mendes JDR, Freitas CASL, Dias MSA, et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2017; 30(1).
6. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16):39-52.
7. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1):319-25.
8. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15):259-74.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. [Fortaleza]; 2022. [acesso em 2022 jun 7]. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/>.
11. Terra L. O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária à saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2018.
12. Valla VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relumê Dumara; 1993.
13. Valla VV. Participação popular e saúde. 2. ed. Petrópolis: CDDH; 1991.
14. Sousa ZA, Silva JG, Ferreira MD. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 400-6.
15. Santos JS, Andrade RD, Mello DF, et al. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014; 14(1):20-6.
16. Costa TRL, Marcheti MA, Teston EF, et al. Educação em saúde e adolescência: desafios para estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude.* 2020; 19:e55723.
17. Brasil PR, Santos AM. Desafios às ações educativas das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis.* 2018; 28(4).
18. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49.
19. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15):259-74.
20. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-2.
21. Botazzo C, Oliveira MA. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras; 2008.

22. Melo G, Santos RM, Trezza MC. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(3):290-5.
23. Pimentel FC, Martelli PJ, Araújo Junior JL, et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2010; 15(4):2189-96.
24. Ezequiel MC, Noel BK, Lemos PP, et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. *Rev Bras Educ Medica.* 2012; 36(1supl2):112-30.
25. Palácio MA, Takenami I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigil Sanit em Debate.* 2020; 8(2):10-5.
26. Machado CB, Daher DV, Teixeira ER, et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(5):e25458.
27. Pauleto AR, Pereira ML, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2004; 9(1):121-30.
28. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):117-30.
29. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde.* 2020; 18(s1):e002467.
30. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MT, et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab Educ Saude.* 2014; 12(2):253-72.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012. [acesso em 2013 mar 1]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
32. Carvalho SOB, Duarte LR, Guerreiro JMA. A parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saude.* 2015; 13(1):123-44.
33. Weykamp J, Cecagno D, Hermel P, et al. Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. *Rev Bras Cienc Saude.* 2015; 19(1):5-10.
34. Roecker S, Budó MD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(3):641-9.
35. Büchele F, Coelho EB. A formação em saúde da família: Uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: UFSC; 2010. 394 p.
36. Cabral FB, Oliveira DL. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):368-75.
37. Fernandes MC, Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):567-73.
38. Graff VA, Ceriotti Toassi RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev Abeno.* 2018; 17(4):63-72.

Recebido em 05/02/2023

Aprovado em 16/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa