

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

MARIA INÊS MIRANDA PACHECO BORGES

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: reflexões críticas
viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase
em adolescentes.

UBERLÂNDIA
2018

MARIA INÊS MIRANDA PACHECO BORGES

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: **Prof.^a Dr.^a Liliane Parreira Tannús Gontijo**

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

B732m
2018 Borges, Maria Inês Miranda Pacheco, 1958-
Metodologias ativas de ensino-aprendizagem [recurso eletrônico] : reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes / Maria Inês Miranda Pacheco Borges. - 2018.

Orientadora: Liliâne Parreira Tannús Gontijo.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.972>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. 2. Saúde bucal - Estudo e ensino. 3. Educação sanitária - Estudo e ensino. I. Gontijo, Liliâne Parreira Tannús (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

MARIA INÊS MIRANDA PACHECO BORGES

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes.

Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), pela banca examinadora formada por:

Data: 30/07/18

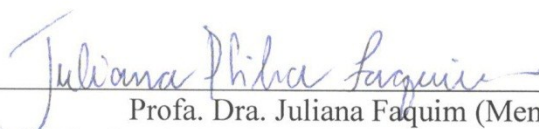
Resultado: *Aprovada*



Prof. Dra. Liliane Parreira Tannus Gontijo (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia- Faculdade de Odontologia /Departamento de Saúde Coletiva



Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas (Membro)
Universidade Federal de Santa Catarina – Faculdade de Odontologia/Pós Graduação em Saúde Coletiva



Prof. Dra. Juliana Faquim (Membro)
Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela proteção, por me conceder força para não desistir, coragem e sabedoria na escolha dos melhores caminhos e por ter conseguido chegar até aqui. Agradeço a Ele também, pelas pessoas que cruzaram o meu caminho, as quais cito aqui:

À minha família, pelo apoio, por compreender as minhas ausências e por torcerem por mim, ajudando na superação dos obstáculos que ao longo dessa caminhada foram surgindo. Agradeço em especial à minha filha Isabela, pela disponibilidade da ajuda, incentivo e orientações ao longo da minha trajetória.

À minha orientadora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, pelo comprometimento, paciência, por todos os ensinamentos, orientação, empenho e dedicação na forma como conduziu este meu trabalho e pela contribuição desta conquista.

Aos residentes em saúde coletiva, muito obrigada pelo apoio, contribuição e por estarem sempre disponíveis a colaborar.

Aos colegas de mestrado, pelo apoio, amizade, pelos encontros e por tantos momentos importantes, que com certeza, tornaram a minha vida mais alegre.

Aos professores pelos conhecimentos transmitidos, que foram tão importantes para o desenvolvimento do trabalho.

À Hebe, coordenadora da Saúde Bucal da Secretaria de Saúde, por ter acolhido e concedido a autorização para a realização deste estudo.

À direção e ao corpo docente da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira, pela receptividade, apoio e colaboração.

Aos profissionais da equipe odontológica e aos adolescentes, participantes dessa pesquisa, pela colaboração, apoio e contribuições que foram de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho.

À banca examinadora que aceitaram o convite de compor a mesma, pelas avaliações e sugestões que serão de grande importância para o enriquecimento desta pesquisa.

Com todos vocês que me apoiaram e torceram pelo meu sucesso, divido a alegria dessa experiência.

“Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos. Não há saber mais, nem saber menos, há saberes diferentes”.

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
CD – Cirurgião Dentista
CNS – Conselho Nacional de Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ES – Educação em Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JiTT – Just-IN-Time Teaching
MAEA – Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
OMS – Organização Mundial de Saúde
PI – Peer Instruction
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
PPGAT- Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PRAPS/FAMED/UFU - Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Uberlândia
SB – Saúde Bucal
SUS – Sistema Único de Saúde
TBL – Aprendizagem Baseada em Times
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UAI – Unidade de Atendimento Integrado
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família
UFU - Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

É relevante na contemporaneidade, com a ampliação do acesso a informação, a evolução tecnológica e mudanças dos modos de ensinar e aprender, propor o estudo das abordagens pedagógicas nas ações educacionais em saúde, em especial nesse momento no campo da saúde bucal. Ademais, verifica-se ainda alta prevalência de doenças e agravos bucais, advindos da falta de acesso a atenção odontológica e também a insipiência/insuficiência de apropriação dos hábitos de higiene e autocuidados com a saúde bucal. Apesar da informação estar facilmente disponível, muitas vezes ela não vai ao encontro das necessidades e prioridades do cotidiano dos indivíduos, bem como podem ocorrer de forma inadequada e sem agregar valor aos cuidados gerais de saúde. Portanto, é fundamental que as estratégias e programas educacionais em saúde reconheçam e interpretem as necessidades da comunidade a fim de alcançar boas práticas de saúde. E uma, dentre um conjunto de estratégias possíveis, refere-se à utilização das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA), no âmbito da educação em saúde. Elas têm seu alicerce no princípio da autonomia, onde o participante é capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação e capacitação, aprender junto aos seus pares e desenvolver protagonismo no processo ensino-aprendizagem. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa mediante o Projeto-intervenção. Objetivou avaliar os resultados da aplicação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, junto à equipe odontológica e ao segmento de adolescentes, no campo da educação em saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. Desenvolveu-se por meio de uma equipe multiprofissional em saúde, nos meses de junho a setembro de 2017. Selecionou-se amostra de 61 trabalhadores da saúde bucal, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG e utilizou-se de cinco oficinas com ações educacionais ativas, tendo em vista a preparação da equipe odontológica. As oficinas se desenvolveram por meio da aplicação das MAEA, centradas na reflexão do cotidiano, buscando estimular um processo de desconstrução/construção de conhecimentos. Aplicou-se dois questionários. O primeiro, antes de ocorrer as oficinas, traçou o perfil socioprofissional e de educação em saúde da equipe odontológica e o segundo, aplicado após a última oficina, avaliou os resultados das mesmas, sob a visão destes profissionais. Participaram também, 40 adolescentes na 4ª e 5ª oficinas. Identificou-se forte feminização dos profissionais (95,1%), com predominância de ensino superior completo (75,4%). Destes profissionais, 47,5% afirmaram desenvolver frequentemente ações de educação em saúde em suas práticas. No início do estudo, 59% afirmaram “não conhecer” as MAEA e 63,9% não abordavam esta referida metodologia em suas ações educativas em saúde e ao final, 74% consideraram-se motivados e em condições para desenvolver as MAEA. O estudo cumpriu com a proposta de sensibilização da equipe de saúde bucal proporcionando reflexões mais críticas sobre suas práticas de educação em saúde e as mudanças necessárias para transformar a realidade em que vivem. A experiência da prática educativa recebeu avaliação positiva e confirmatória na percepção da equipe odontológica, bem como facilitou o diálogo e a interação entre os mediadores e adolescentes. A ausência de apoio e validação gerencial/institucional e a insegurança, desconhecimento e não apropriação das ações educacionais das MAEA estão entre as principais justificativas para sua não utilização pela equipe odontológica. Em adição, revelou-se exitosa e repleta de potencialidades crítico reflexivas na tomada de decisão em saúde, segundo a visão dos adolescentes. Constituiu-se espaço para o diálogo e confiança, despertando curiosidade e envolvimento, tornando os adolescentes, protagonistas desse percurso educacional. Estimulou a participação dialogada e ativa conduzindo a troca de saberes e empoderamento dos sujeitos.

PALAVRAS CHAVE: Educação em Saúde. Saúde Bucal. Ensino. Aprendizagem. Adolescente.

ABSTRACT

It is relevant at the present time, with the expansion of access to information, technological evolution and changes in ways of teaching and learning, to propose the study of pedagogical approaches in educational health actions, especially at this time in the field of oral health. In addition, there is still a high prevalence of diseases and oral diseases, due to the lack of access to dental care, as well as the insufficiency of the appropriation of hygiene habits and self-care with oral health. Although the information is readily available, it often does not meet the needs and priorities of individuals' daily lives, as well as may occur inadequately and without adding value to general health care. It is therefore imperative that health education strategies and programs recognize and interpret community needs in order to achieve good health practices. One of a set of possible strategies refers to the use of Active Teaching-Learning Methodologies (MAE) in the field of health education. They are based on the principle of autonomy, where the participant is able to self-manage or self-govern his / her training and learning process, to learn from his / her peers and to develop a leading role in the teaching-learning process. This is a study of a qualitative nature through the Intervention Project. The objective of this study was to evaluate the results of the application of active teaching-learning methodologies, together with the dental team and the adolescents segment, in the field of health education in the context of the Unified Health System - SUS. It was developed through a multiprofessional team in health, from June to September 2017. A sample of 61 oral health workers from the Municipal Health Department of Uberlândia-MG was selected and five workshops with actions educational, with a view to the preparation of the dental team. The workshops developed through the application of the MAEA, focused on daily reflection, seeking to stimulate a process of deconstruction / construction of knowledge. Two questionnaires were applied. The first one, before the workshops took place, outlined the socio-professional and health education profile of the dental team, and the second one, applied after the last workshop, evaluated their results, under the vision of these professionals. 40 adolescents participated in the 4th and 5th workshops. It was identified a strong feminization of professionals (95.1%), with a predominance of complete higher education (75.4%). Of these professionals, 47.5% said they frequently develop health education actions in their practices. At the beginning of the study, 59% said they did not know the MAEA and 63.9% did not approach this methodology in their educational actions in health, and in the end, 74% considered themselves motivated and able to develop MAEA. The study complied with the proposal of sensitization of the oral health team providing more critical reflections about their health education practices and the changes needed to transform the reality in which they live. The experience of the educational practice received a positive and confirmatory evaluation in the perception of the dental team, as well as facilitated the dialogue and the interaction between the mediators and adolescents. The absence of support and managerial / institutional validation and the insecurity, lack of knowledge and non-appropriation of the educational actions of MAEA are among the main justifications for its non-use by the dental team. In addition, it proved to be successful and full of critical reflexive potentialities in health decision making, according to adolescents' view. It was a space for dialogue and trust, arousing curiosity and involvement, making teenagers the protagonists of this educational journey. It stimulated a dialogue and active participation leading to the exchange of knowledge and empowerment of the subjects.

KEYWORDS: Health Education. Oral Health. Teaching. Learning. Teenager.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Arco de Maguerez	19
Figura 2. Representação esquemática da espiral construtivista.....	23
Tabela 1. Uberlândia/MG: Quantitativo de profissionais de saúde bucal da rede municipal, 2016	33
Tabela 2. Uberlândia/MG: Quantitativo de profissionais de saúde bucal participantes de três modalidades de Atenção da rede municipal de saúde, 2016	34
Tabela 3. Uberlândia/MG: Total da amostra de profissionais da equipe de saúde bucal para realizar essa pesquisa, 2017	34
Quadro 1. Objetivos e ações pedagógicas desenvolvidas nas oficinas realizadas junto a equipe odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia/MG, 2017	47
Quadro 2. Objetivos e ações pedagógicas das oficinas realizadas com adolescentes de Uberlândia/MG, 2017	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo geral	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3.1. Educação em Saúde	4
3.2. Educação em Saúde Bucal.....	10
3.3. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem	16
3.4. O Adolescente	25
4. PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1. Tipo de estudo	31
4.2. Contexto do estudo	32
4.3. Definição dos participantes do estudo	32
4.4. Critérios para seleção dos participantes do estudo	33
4.4.1. Trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal	33
4.4.2. Adolescentes.....	35
4.5. Método e instrumentos de coleta de dados	37
4.6. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa.....	38
4.7. Análise Crítica de Riscos e Benefícios	39
4.9. Aspectos éticos da pesquisa.....	39
5. ANÁLISE DE DADOS.....	40
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1. Artigo I: Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal.....	42
6.2. Artigo II: Educação em saúde no segmento adolescente sob a perspectiva das metodologias ativas de ensino-aprendizagem: relato de experiência.....	59
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	87

1. INTRODUÇÃO

A abordagem educacional é uma importante ferramenta na busca da excelência na prestação de serviços de saúde. A educação para a saúde é um processo que deve levar a reflexões que proporcionem mudanças de atitudes e hábitos, cujo impacto relaciona-se em grande parte com a pedagogia e metodologias adotadas.

Alguns autores fazem uma diferenciação entre didática e pedagogia, colocando a didática como uma instância que decorre da pedagogia. Para Luckesi (1987), a didática se resume na construção metodológica e investigação, tornando mais satisfatória, mais eficiente e mais fácil, a atividade de ensinar e aprender. Acrescenta ainda que a delimitação de uma didática depende de como será delimitado os resultados que esperamos, os quais dependem do suporte teórico que vai direcionar as nossas intenções e o nosso modo de agir. Para esse autor, no que se refere ao ensino e aprendizagem, a didática é o prolongamento operacional, onde se tem uma compreensão do mundo, traduzindo numa proposta pedagógica. Assim, uma pedagogia inspira uma ou mais didáticas. A didática trata dos procedimentos ou técnicas aplicáveis diretamente na situação de ensino. A pedagogia, por si só, não descreve técnicas didáticas para a sala de aula; isto o faz a didática. A pedagogia inspira e instrui a formulação das técnicas didáticas; trata de diretrizes gerais que se referem ao processo da educação¹; decorre de um conjunto mais geral de conceitos, que não se referem apenas e especificamente à educação. É enfim, uma instância que decorre de uma concepção, de uma cosmovisão, de um conjunto estruturado de conceitos e valores mais profundos e abrangentes. (MOURA; BARBOSA, 2006).

A expressão "método", por sua vez, associada a esse modelo por meio do conceito de metodologia, indica-nos um enriquecimento para o significado que devemos dar a um conjunto de técnicas. Para o filósofo Mário Bunge (1980, p. 19), o método é “[...] um procedimento regular, explícito e passível de ser repetido para conseguir-se alguma coisa, seja material ou conceitual”. Essa definição sugere-nos pensar que podemos usar diversos procedimentos em sala de aula, mas, se tais procedimentos não puderem ser identificados com as qualidades contidas nessa definição de método, então tais procedimentos não terão

¹ Do Novo Dicionário Aurélio Buarque de Holanda: Didática: 1. A técnica de dirigir e orientar a aprendizagem; técnica de ensino. 2. O estudo dessa técnica. Pedagogia: 1. Teoria e ciência da educação e do ensino. 2. Conjunto de doutrinas, princípios e métodos de educação e instrução que tendem a um objetivo prático. 3. O estudo dos ideais de educação, segundo uma determinada concepção de vida, e dos meios (processos e técnicas) mais eficientes para efetivar estes ideais. 4. Profissão ou prática de ensinar.

adquirido ainda o status de um método didático e, portanto, não constituirão ainda uma proposta metodológica.

A pedagogia e as metodologias devem considerar a necessidade de abordagens holísticas e interdisciplinares e pautadas na realidade, causando impacto positivo na forma de pensar dos participantes envolvidos no seu processo de aprendizagem. (BRASIL, 2005b).

Muitas ações têm sido feitas nos processos de educação em saúde, mas os resultados pouco correspondem aos esforços empreendidos. O modelo proposto para as ações educativas ainda é voltado para o modelo instrutivista, o qual gera dificuldades em se fazer uma análise crítica da realidade e compromete a criatividade dos profissionais da saúde para desenvolver as suas atividades. O que se vê é a reprodução de ações educativas voltadas apenas para transmitir informações e na sua maioria, bastante normatizadoras. (BRASIL, 2005b).

A pedagogia de Paulo Freire propõe um modelo dialógico, essencial para a Educação em Saúde. Porém, sua aplicabilidade remete a transformação da conduta do profissional, reconhecendo que o educador precisa estar aberto ao outro, para que se possa construir um novo conhecimento. (FREIRE, 2000). Portanto, é necessário que a saúde encontre caminhos para construir sujeitos em constante aprendizado: aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender. (BRASIL, 2005b).

A área da saúde tem apontado estratégias para capacitar os profissionais, a fim de que possam transformar os processos de trabalho. Novas formas de ensino-aprendizagem têm sido propostas com o objetivo de desenvolver nos profissionais a capacidade de refletir sobre problemas reais e formular ações criativas capazes de transformar a realidade social. Neste contexto surgem as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que se propõe a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem. (MARIN et al., 2010).

Para provocar mudanças é necessário entender que as propostas não podem mais ser construídas sem levar em conta as realidades locais. Elas devem estar articuladas entre si e elaboradas considerando a necessidade da problematização destas realidades. É preciso também haver profundas transformações dos profissionais. Só se consegue mudar a forma de pensar se conseguir mudar também os modos de ensinar e aprender. (BRASIL, 2005a).

As metodologias ativas adotadas nesse estudo pretendem, quando de sua aplicação, proporcionar à equipe de saúde bucal a aproximação de uma nova abordagem para se trabalhar a educação em saúde. Partindo da observação dos problemas reais é que se pode desenvolver uma nova lógica de atenção e cuidado de saúde mais ampliado e integral. E,

assim, elaborar ações que promovam a autonomia dos sujeitos com capacidade de, conscientemente, exercer o controle da sua própria saúde, produzindo impacto positivo tanto na saúde individual quanto na coletiva.

Neste estudo optamos por desenvolver a abordagem pedagógica junto a adolescentes, pois é um período de construção de sua aprendizagem, o que propicia o estímulo e acesso às informações em saúde, bem como, por ser um período de risco para doenças bucais como: cárie, gengivite e doença periodontal e agravos como os traumatismos dentários.

A educação em saúde, mediante as metodologias ativas corresponde a uma ferramenta importante e desafiadora. Refletindo sobre sua saúde, acredita-se que os adolescentes poderão colocar em prática, no seu dia a dia, os conhecimentos adquiridos, executando práticas de autocuidado e se tornando um multiplicador de informações em saúde.

Este trabalho se justifica pela prevalência de doenças bucais em especial a cárie e doença periodontal. Segundo dados do SB Minas Gerais – Saúde Bucal, (2012), três em cada quatro adolescentes e a quase totalidade de adultos e idosos apresenta algum tipo de problema que exige uma intervenção odontológica. Portanto, torna-se fundamental reestruturar os serviços a fim de proporcionar maior qualidade às ações educativas para a conquista da saúde.

Outra justificativa é a hegemonia da pedagogia da transmissão no campo da saúde, desenvolvida de forma instrucionista e prescritiva, sem prever transformações de atitudes, sem abordagens holísticas e interdisciplinares. E, segundo Behrens (2005), estas metodologias conservadoras tem sido a base para a formação dos profissionais de saúde, levando a uma atitude passiva e receptiva, sem a necessária crítica e reflexão. Diante disto, esta pesquisa quer sugerir estratégias de como mudar as abordagens tradicionais, não transformadoras e hegemônicas referentes às ações educacionais em saúde da equipe odontológica.

Como hipótese, temos que as equipes responsáveis pela educação em saúde bucal não utilizam ou utilizam parcialmente as metodologias ativas em suas ações de educação em saúde, considerando a não apropriação de conhecimentos ou, por comodidade e resistência à mudança, ao novo, por considerar que as metodologias tradicionais são mais eficientes e/ou por desconhecer as melhorias que esta ferramenta pode trazer para os processos de trabalho.

Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é avaliar os resultados do desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto à equipe odontológica, no campo de ações educativas em saúde coletiva, com ênfase em adolescentes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar os resultados do desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto à equipe odontológica, no campo de ações educativas em saúde coletiva, com ênfase em adolescentes.

2.2. Objetivos específicos

1. Relacionar o perfil socioprofissional e em educação em saúde da equipe odontológica com a disponibilidade para aplicação das metodologias ativas;
2. Identificar as ações educacionais em metodologias ativas adequadas para promoção da saúde bucal, no segmento adolescente;
3. Analisar os resultados alcançados com a aplicação das metodologias ativas no grupo de adolescentes e na equipe odontológica.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os referenciais de educação em saúde; educação em saúde bucal; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e adolescentes articulados ao contexto do Sistema Único de Saúde – SUS fundamentam teoricamente este estudo. A seguir descreve e contextualiza-se esses referenciais teóricos.

3.1. Educação em Saúde

A definição mais difundida de saúde é encontrada na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946, p.32) que define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Contudo no decorrer do século XX, ocorre um importante questionamento a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa, considerada ultrapassada, primeiramente, por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade. Menciona-se como principal sustentação dessa ideia, a renúncia necessária a parte da liberdade pulsional do homem, em troca da menor insegurança propiciada pelo convívio social. Discute-se a

validade da distinção entre soma, psique e sociedade, esposando o conceito de homem "integrado", e registrando situações em que a interação entre os três aspectos citados é absolutamente cristalina. É revista a noção de qualidade de vida sob um vértice antipositivista. Essa priorização e proposta de resgate do subjetivismo revertem a um questionamento da atual definição de saúde, toda ela embasada em avaliações externas, "objetivas", dessa situação. (SEGRE & FERRAZ, 1997).

A saúde é vista de uma forma mais ampla, entendida como componente da qualidade de vida, como um direito social, onde todos possam assegurar o exercício e a prática do direito à saúde. (RODRIGUES, 2008). Qualidade que depende não apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida e das condições sociais, históricas em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos e pensamos em nosso futuro. (BRASIL, 2005a).

Segundo Rodrigues (2008), a saúde é definida por cada indivíduo e não sendo estática, é influenciada por fatores internos e externos à pessoa. Sendo assim, os indivíduos não podem responsabilizar-se por todos os aspectos da sua saúde e nem tão pouco ser julgados por tal. Portanto, a saúde como um estado "ideal" é inatingível. A saúde envolve muito mais do que o corpo. As pessoas têm experiências, valores e expectativas que conferem ao processo saúde-doença uma complexidade que está para além da determinação biológica. (SESC, 2007).

Segundo os autores Carvalho e Ceccim (2012, p.24):

A saúde resulta de um conjunto de condições – físicas, vivenciais, econômicas e socioculturais, entre outras – que determinam maior ou menor número de opções para as populações modificarem, alterarem ou ainda manterem suas condições de acordo com o que acreditam e desejam ser o melhor.

A Carta de Ottawa destaca que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Diferente do modelo biomédico, em que a saúde é compreendida como ausência de doença, onde o foco principal é a prevenção da saúde negativa. E para que os indivíduos possam atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, eles devem saber identificar suas aspirações, conhecer suas necessidades para que possam modificar favoravelmente o meio ambiente. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Neste sentido, considera-se fundamental resgatar o discurso sanitário que constrói o conceito de saúde ampliada, a partir das determinações sociais, o que teve sua consagração no movimento social organizado em torno da questão da saúde, na 8.^a Conferência Nacional de

Saúde, em 1986. Esta influenciou a Constituição Federal de 1988, fornecendo as diretrizes legais para a consolidação da máxima “A saúde como direito de todos e dever do Estado”, dentro do conjunto das condições de vida da população. (BRASIL, 2008a).

Em toda a história da humanidade, o entendimento e a percepção da saúde apresentam diversos significados, de acordo com o desenvolvimento científico. Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos contraditórios e dinâmicos, ou seja, dois momentos diversos e independentes. Ao longo da história, a falta de conhecimento em relação aos problemas de saúde e suas causas, bem como a falta de meios e modos para combatê-las, se tornaram um quadro preocupante. (RODRIGUES, 2008).

Por sua vez, a educação, passa por mudança à medida que a sociedade busca a construção da cidadania, sendo assim têm sido inventadas novas tecnologias educacionais, como os modelos pedagógicos centrados na aprendizagem que são capazes de gerar um sujeito “aprendente” autônomo. Portanto, tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para a construção de um sujeito em permanente estado de aprendizado. (BRASIL 2005b).

A educação aproximou-se do conceito de sociedade educativa, mostrando que tudo pode ser oportunidade para aprendizado. A proposta é construir esta sociedade com base na aquisição dos conhecimentos por todos, sem diminuir o papel da educação formal. (DELORS et al., 2006). Pereira (2002) mostra que qualquer cidadão está a todo o momento se educando e sendo educado, à medida que se relaciona com outros seres e com o meio em que vive.

A compreensão da importância da educação como instrumento de mudança, pode ser observada no final dos anos de 1980, mas indicou também que para transformar as práticas de saúde, era preciso transformar as práticas educativas (GRILLO, 2012). A educação deve servir para transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Portanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnico não é o foco central, mas um dos aspectos para a transformação das práticas.

Segundo Paro (2000), a educação propicia ao ser humano, algo mais complexo do que apenas a transmissão de informação, é capaz de formar cidadão que saiba construir sua própria história e com capacidade para se apropriar do saber aprendido. No processo educativo é necessário que se adquira o saber não como um simples “saber fazer” e aliado a isto, a subjetividade dos autores no processo de trabalho, levando a uma maior autonomia dos agentes envolvidos. Além disso, em relação às necessidades individuais, educação busca

formar espírito crítico e de iniciativa, formação ética e moral, bem como visa também o desenvolvimento emocional e harmônico tanto do corpo como do espírito (Levy et al., 2002).

Segundo Émile Durkheim, a educação provoca modificações sociais e culturais na sociedade e pode ser vista como agente de mudanças. Ele define como:

A educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações que não se encontram ainda preparadas para a vida social; tem por objeto suscitar e desenvolver, na criança, certo número de estados físicos, intelectuais e morais, reclamados pela sociedade política, no seu conjunto, e pelo meio moral a que a criança, particularmente, se destina. (DURKHEIM, 1978, p. 41).

Paulo Freire, pensador influente no processo ensino-aprendizagem. Em seu livro “A Pedagogia do Oprimido”, fez reflexões sobre as concepções de educação bancária, domesticadora, onde se ancora em um modelo escolar de dominação, criticando que nela o professor é o depositante e o aluno o depositário do saber e revela a educação problematizadora, sendo esta para ele, libertadora. (FREIRE, 2000).

Para Valente (2001), quanto melhor o aprendiz reproduzir a informação recebida, mais fidedigna será esta aprendizagem. No entanto, a educação pode apresentar outra visão, quando o aprendiz utiliza da sua experiência transformando a informação adquirida em conhecimento, atribuindo a ele novos significados. Desta forma, a aprendizagem passa a ser um processo de construção do conhecimento que o aprendiz realiza na interação com o meio em que vive, onde quer conhecer mais para satisfazer suas necessidades e interesses.

Freire defende uma educação ética, transformadora e dialogada, sem a supremacia do educador, com articulação do saber, representada pela interdisciplinaridade e uma pedagogia fundamentada na práxis, educador é também um aprendiz e um utópico. O autor defende a articulação do saber e prioriza como princípios o diálogo, a autonomia, respeito à diversidade e a diferença e coletividade como forma de estimular a capacidade reflexiva e a tomada de decisão. (FREIRE, 2006).

As ideias de Moacir Gadotti (1992) são fundamentadas nas ideias de Paulo Freire. O autor mostra que a retenção do conhecimento não depende apenas da repetição, mas, sobretudo do interesse. O que vivemos e o que temos interesse em conhecer são o que fixamos mais facilmente na memória. O educando é o sujeito do conhecimento e a sua experiência é a fonte deste conhecimento. De acordo com ele é preciso entender que

Todo ser humano é capaz de aprender e de ensinar, e, no processo de construção do conhecimento, todos os envolvidos aprendem e ensinam. O processo de ensino-aprendizagem é mais eficaz quando o educando participa, ele mesmo, da construção

do 'seu' conhecimento e não apenas "aprendendo" o conhecimento. (GADOTTI, 1992, p. 70).

A educação em saúde está ligada a estes conceitos de educação e de saúde. Ela assume um foco desvinculado da doença, a partir do momento que é considerada uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. A educação em saúde é definida como:

[...] um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida" (BRASIL, 2009, p. 17).

Portanto, a educação em saúde tem um papel fundamental nas ações de promoção da saúde, a partir do momento em que ela surge como estratégia para superar o assistencialismo curativista focados na doença, observada na tecnificação dos procedimentos de saúde. (CÂMARA et al., 2012). Segundo os autores, ainda existe uma prescrição de comportamentos e hábitos como a única maneira de se evitar a doença, revelando o predomínio da concepção biomédica, centralizando a doença no processo.

A base da ação educativa é o conhecimento progressivo das pessoas atendidas, possibilitando uma escuta atenta e interessada, com desenvolvimento de um vínculo de respeito, confiança mútua e coparticipação no processo de resolução dos problemas identificados. (SESC, 2007). Não é no silêncio que os homens se fazem, mas no trabalho, na relação indissociável da ação-reflexão. Para isto, educadores e educandos devem assumir posição de sujeitos que não apenas reproduzem saberes e práticas científicas, mas que fazem e refazem o mundo, inseridos. Diante disto, surge uma situação desafiadora para o ato educativo em saúde que é transformar a posição ingênua dos sujeitos educandos em posição crítica. (ALVIM, 2007).

A educação para a saúde deve proporcionar mudanças de atitudes para que se desenvolvam hábitos saudáveis à saúde, preocupando-se desta maneira com a mudança de comportamento dos indivíduos. É um processo que pressupõe mudanças comportamentais e instrumentais, cujo impacto está diretamente relacionado com a adequação da metodologia e da pedagogia adotada, as quais devem levar em conta a complexidade das ações em saúde e a necessidade de abordagens interdisciplinares e holísticas. (BRASIL, 2005b).

Porém, somente fornecer informações para esta mudança de comportamento, não é suficiente, ela precisa dar ao indivíduo, meios para que ele possa executá-la. (PEREIRA 2002). Para que esta mudança de atitude ocorra é necessário que o indivíduo tenha meio e

recursos para executá-la e não somente fornecer razões para esta transformação. Deve vir acompanhada de uma mudança de atitude e comportamento, a qual ocorre quando o indivíduo começa a utilizar uma prática de saúde mais eficiente.

Segundo Gazzinelli et al. (2005, p.201), “[...] as práticas educativas pautadas na perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento”. Isto mostra que a educação em saúde não segue uma lógica vertical e que os conhecimentos devem ser inseridos no cotidiano das pessoas, transformando em hábitos e atitudes para que possam fazer parte de uma nova prática adquirida. Para alcançar isto, deve-se levar em conta a visão, valores, vivência, cultura e a prática adotada pela população, cabendo ao indivíduo adequar a sua realidade, adotando os novos conhecimentos adquiridos aos já existentes.

Tradicionalmente, as ações de educação em saúde tinham como objetivo principal aumentar os conhecimentos, os quais eram centrados em profissionais que transmitiam informações. (RODRIGUES, 2008). Estes modelos precisam ser superados e conduzidos para uma educação problematizadora, onde o indivíduo seja um ser ativo e que este novo modelo de educação em saúde, seja um instrumento de transformação social. (ALVIM, 2007).

Arroyo (2001) destaca quatro pontos importantes para o processo da educação em saúde: 1) diálogo: é fundamental que sempre ocorra o diálogo entre os sujeitos; 2) humanização: práticas educativas possam tornar os seres humanos mais humanos; 3) resgate: resgatar a humanidade das desigualdades sociais e 4) sujeito total: a educação deve trabalhar o indivíduo na sua totalidade e não na sua especificidade.

A educação em saúde mostra a sua importância para o processo de transformação social a partir do momento que pode provocar mudanças na vida dos indivíduos, capacidade de provocar reflexões e de poder atuar e transformar a sua realidade. Ela pressupõe a disponibilidade para ouvir o outro, numa relação interpessoal e na ação educativa em si, onde o ato participativo é humanizante. Nestas relações, quem educa é educado, visto que todo saber é relativo e se complementa com outros saberes, portanto, não existe um saber verdadeiro. (ALVIM, 2007).

É necessário refletir sobre uma educação crítica e consciente, que leve em consideração o contexto socioambiental dos educandos e que se ocupe em conhecer o que é conhecer e que também resolva problemas imprevistos. Não é a quantidade de informações que podem dar sozinhas, um conhecimento pertinente, mas é a capacidade de colocar este

conhecimento no contexto. Portanto, um ensino fragmentado e dividido impede a capacidade de contextualização, onde ligar as partes ao todo e o todo às partes é o que deve ser estimulado pelo ensino. (MORIN, 2001).

Diante disto, vê-se a importância de capacitar indivíduos e/ou grupos em educação em saúde a fim de que possam tomar consciência de suas necessidades, adquirir e formar hábitos, melhorar e assumir as suas condições de vida, buscando soluções para enfrentar os problemas de forma crítica, participando do seu processo educativo com autonomia e independência.

É grande a importância da abordagem da educação em saúde. Apesar de se ter informação disponível, muitas vezes ela não vai ao encontro das necessidades e prioridades do cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Especialmente no campo da saúde bucal, a educação em saúde é uma estratégia fundamental, principalmente por constatar-se, ainda, alta prevalência de doenças e agravos bucais, advindos da falta de acesso a atenção odontológica e também ao desconhecimento ou ineficiência dos cuidados com a saúde bucal.

3.2. Educação em Saúde Bucal

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, tem entre seus princípios a universalidade, integralidade e a regionalização da atenção, gerando a necessidade de reflexão dos caminhos trilhados pela saúde bucal no serviço público em busca de novos caminhos para uma operacionalização dos princípios definidos. (MINAS GERAIS, 2012).

O Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, enfatiza que a saúde bucal está diretamente relacionada com as condições de moradia, alimentação, trabalho, renda sendo, portanto, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Comportamentos adequados em saúde bucal podem influenciar ou não no aparecimento de doenças bucais, as quais estão relacionadas com os estilos de vida e uma série de fatores de risco que podem afetar os hábitos e a saúde oral. (RODRIGUES, 2008).

Neste relatório consta um diagnóstico da saúde bucal no Brasil e mostra que: (1) a situação de Saúde Bucal da população brasileira é caótica; (2) o modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista e mutilador; (3) inexistência de uma Política

Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da população e (5) não utilização de métodos preventivos de caráter coletivo. A odontologia não responde às demandas de saúde bucal da população, embora mostre uma tecnologia desenvolvida.

As doenças orais são doenças crônicas muito comuns e constituem problemas importantes de saúde pública devido ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade, à sua elevada prevalência e às despesas relativas com o tratamento, bem como são fatores de risco para várias doenças crônicas. A falta de saúde bucal pode afetar o indivíduo no aspecto psicológico, físico, influenciando o modo de falar, de se socializar e viver plenamente a vida. Ter saúde bucal é mais do que ter uma boca com ausência de cárie. (SHEIHAM, 2005).

Os principais agravos que acometem a saúde bucal são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal (a) gengivite e (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e, (7) má oclusão. O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil, finalizado em 2003, demonstrou a importância desses agravos e reforçou a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. (BRASIL, 2008b).

Pela prevalência das doenças bucais, se justifica trabalhar a educação em saúde, a fim de promover saúde e levar o indivíduo a ter consciência, mudanças de atitudes e comportamentos em relação à sua saúde bucal. Para que estas mudanças ocorram é necessário que o indivíduo esteja motivado, pois somente desenvolvendo uma vontade própria de manutenção de hábitos saudáveis, o indivíduo conseguirá resultados satisfatórios e colocar em prática, medidas e atitudes. (PEREIRA, 2002).

Para Pauleto et al. (2004), o desconhecimento da população em relação aos cuidados de higiene bucal, embora a informação esteja disponível na mídia é um fator que deve ser considerado. E esta informação nem sempre é apreendida de modo a produzir conhecimento e desenvolver a autonomia das pessoas no cuidado com sua saúde. Ressalta aqui a existência de programas odontológicos que utilizam diferentes abordagens, mas que nem sempre mostram as concepções de saúde de maneira clara.

Segundo as autoras, embora a prática educativa seja necessária e uma importante estratégia para redução dos problemas bucais, o conceito de educação em saúde ainda não constitui espaço importante de discussão. Os programas ainda apresentam propostas tradicionais e comportamentalistas, baseados em práticas que não possibilitam o diálogo e

nem tão pouco a participação dos alunos, que são fundamentais para a construção de um conhecimento que leve à autonomia em relação aos cuidados com sua saúde bucal.

Segundo o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, o sistema superior de ensino não tem cumprido o seu papel de formador de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), e nem tão pouco formado os mesmos para uma compreensão crítica das reais necessidades sociais em saúde bucal. Isto se deve ao fato de que os cursos de odontologia têm dado mais ênfase às ciências básicas e as técnicas operatórias em detrimento aos métodos educativos, formando profissionais com uma visão voltada apenas para o modelo cirúrgico-restaurador. (SANTOS, M., 2005).

Para Kriger (2005), as transformações ocorridas no campo das políticas públicas da saúde têm questionado as práticas e a formação dos profissionais. A substituição do modelo centrado na doença, hospitalar e especializado, por um modelo que valorize o cuidado e a integralidade traz a necessidade de formação de profissionais com perfil capaz de atuar com qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS). E para a educação traz o desafio de elaborar projetos político-pedagógicos que atendam às necessidades e realidade social.

Mas para que a verdadeira transformação aconteça, Demo (2004) salienta que é necessário a disponibilidade e respeito pelo potencial de cada ator. Quando se aprende a conviver com os limites, eles podem ser transformados em desafios, os quais para serem superados, precisam ser enfrentados, promovendo a sua própria transformação.

A formação para a área de saúde deveria estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho, para que as práticas profissionais fossem transformadas e que pudessem acolher as necessidades de saúde das pessoas e da população. Isto engloba aspectos de produção de habilidades técnicas, subjetividade e de pensamento. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para Xavier (2014), esta formação tem colocado os profissionais como mero expectador e um sujeito ativo que conhece sua realidade, mas não a critica.

Segundo Cyrino (2004), para que ocorram mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde, as instituições devem rever o processo de ensino-aprendizagem. Incentivar a transdisciplinaridade com a construção de novos modelos de ensino praticados hoje, de forma tecnicista e alienante, estimulando a autonomia destes profissionais. Isto vai permitir que os profissionais reflitam sobre novas propostas para promover saúde e compreender o sujeito numa dimensão coletiva de seus problemas.

A prática profissional ainda se pauta na permanência do modelo hegemônico que, verticalmente recomenda a adoção de novos comportamentos, transferindo para as pessoas, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Porém no processo educativo é necessário perceber crenças, valores, história de vida e a própria subjetividade do sujeito. (GAZINELLI et al., 2005).

Segundo Carvalho e Ceccim (2012), para formar profissionais “pensantes” é necessário criar espaço e tempo que favoreça a criatividade e que possibilite a integração dos conhecimentos. O que se percebe hoje no ensino, é a falta de alegria do trabalho coletivo, o prazer do conhecimento e a falta de responsabilidade social do profissional. O profissional de saúde deve ter em mente a sua relação em atender as necessidades da sua população e uma relação ética com a vida. Deve haver muito empenho por parte dos profissionais para a construção de uma nova forma de trabalhar as ações de saúde. A aproximação com a população traz a chance de construir com eles a autonomia para o enfrentamento de seus problemas, estabelecendo desta forma um processo pedagógico onde todos ao mesmo tempo ensinam e aprendem. (BRASIL, 2008 b).

A educação em saúde é capaz de modificar o comportamento do indivíduo quando ele participa do seu processo de aprendizagem e incorpora este aprendizado, revertendo em benefício para sua saúde. Para transformar hábitos é necessário motivar, valorizar a autonomia e liberdade dos participantes, visando que busquem meios para alcançar o cuidado com sua saúde bucal. Para os autores Mialhe e Silva (2011), a prática educativa é um instrumento de mudança de comportamento, pois através dos conhecimentos repassados, a população é capaz de adquirir hábitos saudáveis para a prevenção de doenças bucais.

A educação em saúde é um importante instrumento para se promover a participação ativa das pessoas na conquista de sua autonomia. Portanto as ações de educação em saúde bucal devem ser repensadas, visando empoderar os indivíduos, para que possam superar os macros determinantes políticos e sociais que afetam o seu processo saúde-doença, numa visão promotora de saúde e não de culpabilização da vítima, de forma a se trabalhar o “poder com” ao invés do “poder sobre”. (MIALHE; SILVA, 2011).

Alguns aspectos importantes devem ser observados na educação em saúde bucal: respeito à individualidade, contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança, respeito à cultura local, respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática, ética, auto percepção de saúde bucal, reflexão sanitária onde o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para

participar das decisões relativas à saúde, uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário. (BRASIL, 2008b).

Porém, falar de prática educativa em saúde bucal nem sempre garante a promoção da saúde e prevenção das doenças e nem garante a qualidade do trabalho. A educação muitas vezes chega de uma maneira abstrata e fora da realidade da população, constituindo-se desta maneira um desafio e que nem sempre consegue encontrar sentido entre os grupos sociais desenvolvidos. (PAULETO et al., 2004).

Muitas ações têm sido feitas nos processos de educação em saúde, mas os resultados pouco correspondem aos esforços empreendidos. O modelo proposto ainda é voltado para o modelo instrutivista, o qual gera dificuldades para se fazer uma análise crítica da realidade, competitividade e compromete a criatividade dos profissionais da saúde para desenvolver as suas atividades. O que se vê é a reprodução de ações educativas voltadas apenas para transmitir informações e desenvolver hábitos considerados saudáveis e na sua maioria, bastante normatizadoras. (BRASIL, 2005b).

Em pesquisa recente, Mialhe e Silva (2011) observaram uma grande tendência em trabalhar a educação em saúde apenas como transmissão de informações, com o objetivo de que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado. Percebe-se a existência da concepção de uma educação doutrinadora muito arraigada na mentalidade dos profissionais de saúde. O conceito de educação em saúde bucal ainda está muito ligado ao conceito positivista de ensinamento e prevenção de doenças.

Novas formas de ensino-aprendizagem têm sido propostas com o objetivo de desenvolver nos profissionais a capacidade de refletir sobre problemas reais e formular ações criativas capazes de transformar a realidade social. Neste contexto surgem as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mais comumente traduzidas como “Problematização” que se propõe a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem. (MARIN et al., 2010).

Segundo Xavier (2014), neste novo modelo de aprendizagem, o profissional pode abordar o seu conhecimento científico e humanístico de uma forma holística, levando em consideração o indivíduo e a família e desta forma contribuir para a melhoria das suas práticas de educação em saúde. Mas para que este modelo aconteça é necessário transformar a conduta do profissional, reconhecendo que o educador precisa estar aberto ao outro, para que se possa construir um novo conhecimento. (FREIRE, 2000). É necessário que a saúde

encontre caminhos para construir sujeitos em constante aprendizado: aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender. (BRASIL, 2005b).

Desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado tem provocado profundas mudanças nas práticas de saúde, porém ainda não são suficientes. Para provocar mudanças é necessário entender que as propostas não podem mais ser construídas sem levar em conta as realidades locais. Elas devem estar articuladas entre si e elaboradas considerando a necessidade da problematização destas realidades. E para que novas mudanças ocorram é preciso também haver profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais. Só se consegue mudar a forma de cuidar e tratar a saúde, se conseguir mudar também os modos de ensinar e aprender. (BRASIL, 2005a).

Para isto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos aos profissionais, visto que este acúmulo de saberes técnico não é o foco central, mas um dos aspectos para a transformação das práticas. (BRASIL, 2005a). Mitre (2006) ressalta a importância da utilização de metodologias inovadoras, com práticas pedagógicas transformadoras, críticas e reflexivas, as quais possam formar um ser dialético.

Ainda existe muita resistência a estas metodologias por não serem tradicionais e pouco conhecidas por aqueles envolvidos nos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde. Muitos têm resistência à mudança, insegurança em relação ao novo, gerada, muitas vezes, pela falta de conhecimento ou mesmo por comodidade e conveniência. Outros consideraram que as metodologias tradicionais são mais eficientes, são pessimistas diante de saberes e práticas, perpetuando um conhecimento fragmentado, não permitindo ao profissional, visualizar e materializar condições de trabalho e de vida melhores. (CAMPOS, 2012).

Toda mudança assusta, qualquer que seja ela: casa, amigos, trabalho, valores, ideias, planos e metas. Não somos formados para mudar, somos educados para conservar, manter, estabilizar, assentar. Qualquer possibilidade de modificar padrões e modelos causa desconforto, medo e resistência. (CAMPOS, 2012). Entretanto, a mudança em uma perspectiva voltada para o pensar e fazer, agrega um papel educativo ao resgate da pessoa consciente de sua condição de vida e participativa. Isto implica numa intermediação de práticas e saberes e em uma proposta de ação voltada ao diálogo. (ALVIM, 2007).

É preciso romper com a abordagem higienista e individualista da prevenção e construir métodos mais dialógicos, levando a tomada de atitude emancipatória que valorize a reflexão, a interação entre os pares. Necessário substituir os modelos de práticas modeladoras,

normativas e unidirecional, baseados na transmissão de informação, pela reflexão ancorada na problematização de temas de saúde bucal. (PAULETO et al., 2004).

Portanto, é fundamental que os programas de educação em saúde levantem e interpretem as necessidades da população a fim de alcançar os objetivos esperados. E uma das estratégias promissoras para alcançar estes objetivos, é a utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, as quais surgem para contrapor ao modelo instrutivista, onde as ações educativas são voltadas apenas para transmitir informações, gerando dificuldades para se fazer uma análise crítica da realidade e comprometendo a criatividade dos profissionais da saúde para desenvolver as suas atividades. A educação em saúde, através das metodologias ativas será uma ferramenta importante e desafiadora, as quais poderão contribuir para reflexões e proporcionar mudanças de atitudes e hábitos.

3.3. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem

Os aspectos relativos à formação profissional têm sido colocados em questão diante das transformações da sociedade, tornando necessário rediscutir os processos de ensino-aprendizagem e mudanças nas instituições de ensino superior visando à reconstrução de seu papel social. Desenvolver a autonomia individual unida intimamente com o coletivo é um grande desafio deste século. (MITRE et al., 2008). Além disso, observa-se uma prática pedagógica rígida, mecânica e detalhadamente programada, gerando um modelo de cuidado fragmentado, tornando a formação profissional desarticulada do contexto social e político. (MARIN et al., 2010).

A ampliação da concepção de cuidado, a visão integral do homem e indissociabilidade entre teoria e prática se tornam necessárias e urgentes para um adequado desempenho profissional. A educação deve ser capaz de proporcionar uma visão do todo - transdisciplinaridade e de interdependência com expansão da consciência individual e coletiva. Um de seus méritos é a tendência de buscar métodos inovadores, que possam proporcionar uma prática pedagógica crítica, reflexiva, ética e transformadora. Desta forma pode-se alcançar a formação do homem na dialética da ação-reflexão-ação, ultrapassando os limites do treinamento puramente teórico. (MITRE et al., 2008).

Os autores Capra (2006) e Behrens (2005) concordam em um aspecto quando dizem que as metodologias conservadoras tem sido a base para a formação dos profissionais de saúde, trazendo para o processo ensino-aprendizagem a reprodução do conhecimento. Capra

(2006) salienta a influência de inspiração cartesiana-newtoniana, reducionista e fragmentada, onde separou-se, razão do sentimento, corpo da mente, compartimentalizando o conhecimento em busca da eficiência técnica. Já Behrens (2005) mostra um processo de aprendizagem contaminado onde o docente é o transmissor de conteúdos e o discente, de repetição dos mesmos, levando a uma atitude passiva e receptiva, sem a necessária crítica e reflexão.

Na área de saúde, a valorização do ensino centrado com foco na atenção curativa, individualizada e unicausal da doença, do profissional formado com tendência à especialização precoce, produziram um ensino dissociado das reais necessidades do sistema de saúde e do serviço. Diante da importância do atendimento às demandas sociais, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, a fim de aproximarem-se dessa realidade social e de incentivarem o corpo docente e discente a elaborarem novas redes de conhecimentos. (MITRE, 2006).

É necessário pensar em uma metodologia para uma prática de educação que contribua para a formação de um profissional ativo com competências técnicas, éticas e políticas, dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade com capacidade para intervir em contextos de incertezas e complexidades, garantindo qualidade, eficiência e resolutividade, na integralidade da atenção à saúde. (MITRE et al., 2008).

Fernandes et al. (2003) reforçam a necessidade de uma prática pedagógica que estimule os estudantes a serem sujeitos do seu processo de formação, a fim de tornarem profissionais críticos, criativos e comprometidos em transformar a sociedade, enfrentando a complexidade trazida pela realidade da sua prática profissional.

Acrescenta também que para a contribuição desta formação profissional, se deve pensar em uma metodologia que leve a uma educação libertadora, onde o profissional esteja apto a aprender a aprender que compreende o aprender a fazer, o aprender a ser, o aprender a conhecer e o aprender a conviver, garantindo eficiência, qualidade, resolutividade e integralidade da atenção à saúde.

Neste contexto, surgem as metodologias ativas que de acordo com Berbel (2011) utilizam de experiências reais ou simuladas com o objetivo de solucionar os desafios que ocorrem nas atividades essenciais da prática social, baseando-se em formas de desenvolver o processo de aprender, levando o estudante a refletir e decidir o que fazer para atingir os objetivos do aprendizado. Segundo Freire (2006), as metodologias ativas têm seu alicerce em um princípio teórico significativo: a autonomia, onde o aprendiz é capaz de autogerenciar ou

autogovernar seu processo de formação, levando a uma abordagem em que o indivíduo constrói a sua própria história e onde os atores envolvidos se reconhecem mutuamente e apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro.

Como estratégia de ensino-aprendizagem, as metodologias ativas utilizam a problematização onde diante do problema, o discente examina, reflete, promove o seu próprio desenvolvimento, dando autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões. A metodologia da problematização está centrada na reflexão do cotidiano, busca novos saberes e estimula um processo de desconstrução, possibilitando nova construção deste cotidiano que é dinâmico e provisório. (BRASIL 2005b).

O ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito, levando a uma abordagem em que o indivíduo constrói a sua própria história, onde os atores envolvidos se reconhecem mutuamente e apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro. (COSTA, 2004).

Segundo Marin (2010), uma das fortalezas dos métodos ativos de aprendizagem é estimular a independência e a responsabilidade do aluno, pois ao utilizarem problemas, partem de situações reais ou se aproximam da realidade. É necessária uma busca contínua, fazendo com que a curiosidade do aluno seja o ponto de partida para que o estudante adquira o desejo de aprender e estimulado a produzir o próprio conhecimento. Ressalta também que o uso das metodologias ativas contribui para a construção de um cuidado mais integral e ampliado, representando um avanço para a formação de profissionais de saúde.

A metodologia ativa tem permitido a articulação entre comunidade, serviço e universidade, por intervir na realidade, promover a liberdade no trabalho em equipe e processo de pensar e valorizar os atores nos seus diferentes conhecimentos. (FEURWERKER, 2002). Neste sentido, Mitre (2008) aponta dois instrumentos ativadores da integração entre o serviço de saúde e o ensino: (1) o ensino pela problematização (2) o da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP.

1) O Ensino pela Problematização

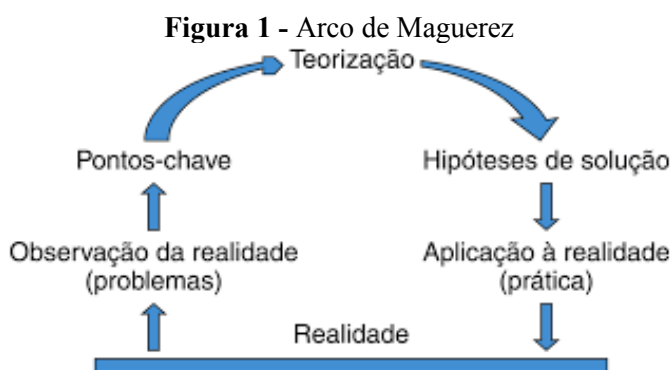
Problematizar é refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. (BRASIL, 2005a). Segundo Cyrino (2004), o ensino pela problematização fundamenta-se no construtivismo de Piaget, nos princípios do materialismo histórico-dialético e na pedagogia libertadora de Paulo Freire.

Como estratégia de ensino-aprendizagem, as metodologias ativas utilizam a problematização onde diante do problema, o discente examina, reflete, promove o seu próprio desenvolvimento, dando autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.

A metodologia da problematização está centrada na reflexão do cotidiano, busca novos saberes e estimula um processo de desconstrução/construção deste cotidiano que é dinâmico e provisório. (BRASIL 2005b). Para Zanotto (2003), a habilidade de problematizar pode ser alvo de ação educativa, visando ao desenvolvimento profissional. Problematizar vai além de somente formular perguntas, mas significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz, de expor e discutir os conflitos e não apenas apresentar questões.

No Brasil, a metodologia da Problematização se fundamenta nos princípios de Paulo Freire, pautados no arco de Maguerez, que propõe um esquema de problematização da realidade em cinco etapas: observação da realidade; identificação dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; aplicação à realidade. (CYRINO, 2004).

A etapa observação da realidade, o estudante observa atentamente esta realidade onde expressa suas percepções pessoais, fazendo uma leitura sincrética da mesma. Na etapa pontos-chaves, o estudante seleciona os pontos essenciais que vão contribuir para a compreensão do problema, fazendo uma análise reflexiva. Na fase da teorização do problema, as informações precisam ser avaliadas e analisadas quanto à sua relevância para que o problema possa ser resolvido. Diante da teorização e do confronto com a realidade o estudante parte para a quarta etapa, formulação de hipóteses de solução onde a originalidade e criatividade serão estimuladas e nela serão verificado se as hipóteses de solução são aplicáveis à realidade. Na última etapa, aplicação da realidade o estudante executa as soluções encontradas e utiliza o aprendido em diferentes situações. (BERBEL, 1995), conforme figura 1:



Fonte: Berbel, 1995

Este arco tem a realidade social como ponto de partida e de chegada da problematização, onde o sujeito percorre estas etapas, possibilitando intervenções e transformação dessa realidade, a partir de reflexões sobre a própria vivência. O sujeito reflete sobre a situação global de uma realidade dinâmica, concreta e complexa, para formar a consciência da práxis, exercitando esta práxis. Ao completar o arco, o estudante exercita a dialética da ação-reflexão-ação e onde podem surgir novos desdobramentos, exigindo a interdisciplinaridade para sua solução. (BERBEL, 1995).

Na educação problematizadora aplicada à saúde, na maioria das vezes, não ocorre uma ação imediata de mudança de comportamento. O indivíduo não desperta uma consciência crítica no mesmo momento do processo educativo. A mudança só é percebida em processos contínuos, quando houver transformação do saber do indivíduo, a qual não é imediata. Ela acontece com a intermediação de saberes, onde não será mais o saber do profissional, mas a construção de um novo saber (ALVIM, 2007).

O ensino pela problematização também apresenta a espiral construtivista como uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Segundo Lima (2017), ela é uma metodologia problematizadora e tem como fundamentos teóricos, o princípio da globalização, elementos da dialogia, metodologia científica e aprendizagem significativa, a qual será descrita, logo após a ABP.

A seguir, então, apresentaremos a proposta pedagógica para o ensino intitulado aprendizagem baseada em problemas, onde o ensino centrado no estudante tem por base a solução de problemas.

2) A Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP

Na aprendizagem baseada em problemas – ABP, o aprendizado acontece a partir do momento que são apresentados problemas, que podem ser reais ou simulados, a um grupo de alunos, os quais discutem, estudam, recorrem a conhecimentos prévios para selecionar estes problemas. Ela reforça o papel ativo do aluno, permitindo que ele aprenda como aprender. (BORGES, 2014).

A base do método é o grupo tutorial, que são pequenos grupos de estudantes, sendo que o elemento central é o aluno. Os problemas são pré-elaborados por um conjunto de docentes e apresentados aos alunos, que são estimulados a discutir e elaborar hipóteses e a

definir objetivos de aprendizagem que serão o estímulo para o estudo individual. (THOMSON, 1996).

A aprendizagem baseada em problemas apresenta algumas vantagens como o desenvolvimento da autonomia, de habilidades de comunicação para o trabalho, interdisciplinaridade, respeito às diferentes opiniões, senso de responsabilidade, indissociabilidade entre teoria e prática e desenvolvimento de raciocínio crítico. Porém para sua utilização, é necessário que se tenha alunos bem estruturados, um programa de capacitação de professores, investimentos em recursos humanos e materiais, que para sua implementação devem ser considerados. (BORGES, 2014).

Portanto, a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas, são duas propostas, que têm pontos comuns e pontos diferentes. Como ponto em comum, as propostas mostram que o ensino e a aprendizagem ocorrem a partir de problemas. E como ponto diferente, enquanto na Metodologia da Problematização, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos, na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo.

Além da problematização e da aprendizagem baseada em problemas, existem outras possibilidades de metodologias ativas como, Aprendizagem Baseada em Projetos, Peer Instruction (PI), Just-In-Time Teaching (JiTT), Aprendizagem Baseada em Times (TBL), Métodos de Caso e Simulações. São também alternativas inspiradoras de um ensino inovador que ultrapasse a abordagem tradicional e estratégias de metodologias que podem ser usadas como recurso didático, base para uma formação crítica e reflexiva.

Espiral Construtivista – ensino da problematização

Construtivismo é uma teoria do conhecimento a qual estabelece uma relação recíproca entre o sujeito histórico e o objeto cultural, num movimento dialético para sanar necessidades ou lacunas, onde no processo de construção, a interação sujeito-objeto são dois elementos inseparáveis. (THOFEHRN, LEOPARDI, 2006). Para as mesmas, a ideia do construtivismo baseia-se que o indivíduo não é mero produto do ambiente, mas uma construção própria, como resultado da interação entre ambiente e as disposições internas.

Os fundamentos do construtivismo proveem de estudos de Jean William Fritz Piaget, que veio contrapor à concepção de transmissão de conhecimentos. Ele mostrou que as pessoas, desde os primeiros minutos de vida, têm a capacidade de aprender. Aprendemos no

relacionamento com pessoas, vivendo, interagindo com objetos. Não somos ensinados na forma em que são feitas as aulas expositivas. Para Piaget, todas as pessoas têm a capacidade de transmitir valores e cultura que a sociedade tem acumulado. (VALENTE, 2001). Piaget derruba a ideia da bagagem hereditária mostrando que o conhecimento surge da reflexão e de ações do agente sobre elas.

A ideia central do construtivismo é a de que “[...] nós, como seres humanos, não temos acesso a uma realidade objetiva já que estamos construindo a nossa versão dela, enquanto ao mesmo tempo a transformamos, e a nós mesmos”. (FOSNOT, 1998, p.40) Segundo a autora, foi com a psicologia sócio histórica do desenvolvimento, de Lev Semenovitch Vygotsky, que a linguagem e cultura sobre a aprendizagem e a dialética entre o indivíduo e a sociedade se tornou foco de pesquisa.

Segundo Vygotsky (2008), as características humanas são resultado da interação dialética do indivíduo com o meio em que vive que é por ele transformado e o transforma. Seus estudos sobre pensamento e linguagem o fizeram concluir que “a relação entre o pensamento e a palavra é um processo vivo; o pensamento nasce através das palavras. Uma palavra desprovida de pensamento é uma coisa morta, e um pensamento não expresso por palavras permanece uma sombra”. (VYGOTSKY, 2008, p.190).

Tanto Piaget como Vygotsky reconhecem o indivíduo como sujeito que atua no seu processo de desenvolvimento, à medida que constrói seu conhecimento, valorizando a interação do indivíduo com o ambiente. Para Piaget, a aprendizagem depende do estágio de desenvolvimento atingido pelo sujeito, enquanto Vygotsky a aprendizagem favorece o desenvolvimento das funções mentais. Os estudos de Piaget mostraram o papel da contradição e da equilibração na aprendizagem e os de Vigotski buscou estudar o diálogo, mostrando que o desempenho da aprendizagem, acontece, na medida em que os pares aprendizes conversam e constroem conjuntamente. (FOSNOT, 1998).

Lima (2017) relata a relação entre sujeito e objeto, quando mostra que as teorias pedagógicas que explicam a aprendizagem consideram o objeto, o sujeito como aquele que aprende e que existe uma mediação entre o sujeito e o objeto, realizada pelo convívio com a sociedade. Segundo a autora, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm sido utilizadas na formação e capacitação dos profissionais de saúde, principalmente as de enfoque problematizador, a fim de promover atitude reflexiva e crítica sobre a sua prática. E uma destas metodologias é a espiral construtivista que não tem sido explorada como uma nova construção metodológica, mesmo estando em uso desde 2004 no Brasil.

A espiral é explicada pelo sentido transformador da realidade, mostrando a interação do sujeito e objeto, uma postura crítica e reflexiva e pela natureza dos disparadores de aprendizagem utilizados. O que diferencia a espiral construtivista da aprendizagem baseada em problema é a diversificação, natureza e o processamento dos disparadores. Incorporar o termo “situação” ao invés de “problema” mostra a idéias de interpretações situacionais para uma realidade. O formato da espiral representa os movimentos contínuos, inacabados e incompletos do processo de aprendizagem, conforme figura 2:

Figura 2- Representação esquemática da espiral construtivista



Fonte: Traduzido e adaptado de Lima, 2001.

Em relação ao movimento da espiral, as fases de identificação de problemas, formulação de explicações e elaboração das questões foram denominadas de “síntese provisória”, que corresponde ao movimento de síncrese, como uma visão inicial e global da realidade. A busca por novas informações, construção de novos significados e avaliação do processo foi definida como “nova síntese”, que corresponde aos movimentos de análise e síntese.

Dos seis movimentos, somente a busca por novas informações é realizada individualmente. Os demais são desenvolvidos com um facilitador de aprendizagem e pequenos grupos com oito a dez educandos, os quais devem estabelecer pactos para o trabalho coletivo. O processo se inicia na interação dos educandos com os disparadores de aprendizagem que podem ser: a) docentes elaboram situações-problema; b) educandos elaboram narrativas de práticas e c) produtos estruturados baseados na atuação dos educandos em cenários simulados ou reais (LIMA, 2017).

O Processo Ensino-Aprendizagem

Ao longo das últimas décadas, o perfil do aluno mudou muito, bem como o da escola. O que se percebe é um contexto socioeconômico exigindo cada vez mais, expectativas de desempenho. Mesmo que a escola forme indivíduos tecnicamente preparados, é necessário que eles sejam capazes de exercer valores como: ética, criatividade, iniciativa e autocontrole, que são essenciais para o mundo do trabalho. (BARBOSA; MOURA, 2013).

No processo ensino-aprendizagem, a aprendizagem precisa estar vinculada aos cenários da prática. É necessária a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, implicando educar cidadãos com capacidade para o pensamento crítico o que implica o enfrentamento de novos desafios. (FEURWERKER, 2002).

A arte de ensinar e aprender devem estar ligados a um conjunto de atividades articuladas onde os atores compartilham parcelas de responsabilidades e comprometimento. É necessária a superação da concepção bancária, onde se faz o depósito de conteúdo obrigando o outro a memorizar, num vazio de quem faz e desfaz a seu gosto. Dar lugar a uma educação libertadora, com prática comprometida, responsável criativa e crítica. (FREIRE, 2000).

A proposta de uma prática pedagógica inovadora é um ponto de partida para o desconhecido que pode abrir novos horizontes e possibilidades de transformação. Segundo Freire (2006), a introdução de novas abordagens no ensino, não garante a ruptura dos velhos paradigmas. É preciso que as concepções referentes ao processo ensino-aprendizagem se transformem para que se possa ter uma perspectiva emancipadora da educação.

Segundo Marin (2010), as metodologias ativas estimulam a responsabilidade, independência, possibilitam integração e preparam o aluno para o trabalho em equipe. Porém nem todos estão preparados, alguns têm dificuldade de inserção na equipe e outros se sentem perdidos em busca de conhecimentos. Necessário, portanto, um constante empenho na construção destes novos modelos de aprendizagem, visando seu aperfeiçoamento.

Para Mitre (2008), a implantação de qualquer mudança se faz necessária com a participação coletiva e democrática, através da prática reflexiva, crítica e comprometida, promovendo autonomia, liberdade, diálogo e o enfrentamento de resistências e conflitos. E esta mudança é possível quando existe um compartilhar entre aqueles que dela participam. Quando o discente se coloca em uma atitude favorável para aprender, onde associa o novo à sua bagagem adquirida para enfrentar desafios, mudar situações e modificar seu ambiente.

Uma metodologia, por mais promissora que seja por si só não consegue transformar o mundo e nem tão pouco consegue promover uma motivação nos alunos. Para que as Metodologias Ativas possam causar um efeito pela qual são definidas, será necessário que os participantes compreendam, assimilem, acredite no seu potencial pedagógico, incluindo em suas atividades, uma boa dose de disponibilidade intelectual e afetiva para trabalharem conforme a proposta, enfrentando condições que possam dificultar ou mesmo impedir que a mesma aconteça. (BERBEL, 2011).

Para facilitar o entendimento de métodos ativos, Silberman (1996), resumiu os princípios das metodologias ativas de aprendizagem quando fez a seguinte redação: o que eu ouço, eu esqueço; o que eu ouço e vejo, eu me lembro; o que eu ouço, vejo e pergunto ou discuto, eu começo a compreender; o que eu ouço, vejo, discuto e faço, eu aprendo desenvolvendo habilidade e conhecimento; o que eu ensino para alguém, eu domino com maestria. Portanto, se a prática de ensino proporcionar ao aluno o saber ouvir, ver, perguntar, discutir, fazer e ensinar, estaremos a caminho para uma aprendizagem ativa, despertando uma análise crítica e reflexiva da realidade em que vive. (BARBOSA; MOURA, 2013).

Para Blikstein (2010), é importante criar um sistema educacional que além de respeitar, também estimule o interesse e a criatividade dos alunos, capaz de gerar jovens empreendedores que acreditem nas suas ideias e que tenham um impacto real no mundo. Que a escola deixe de ser um lugar não apenas de transmissão e reprodução de informações, mas um espaço intelectualmente vibrante e emocionalmente sadio, onde os alunos possam experimentar situações de aprendizagem significativas em suas vidas. E a contribuição das metodologias ativas, é poder criar alunos com prazer na busca do conhecimento e estarem prontos para enfrentar novos desafios e problemas e conduzirem projetos inovadores.

As metodologias ativas podem contribuir também na construção da aprendizagem do adolescente, permitindo que se abra espaço para que o mesmo exerça sua liberdade e que participe ativamente do seu processo de amadurecimento. E como neste estudo optamos por trabalhar com adolescente, descreveremos a seguir, algumas considerações sobre o mesmo.

3.4. O Adolescente

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com a constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, a adolescência corresponde à segunda década de vida do ser humano e é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos. Para dados

estatísticos, divide-se a juventude em 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, delimita adolescentes entre 12 e 18 anos, percebendo-se então que, por um período, adolescência e juventude coincidem. Levando em conta as diversas modificações biopsicossociais, essas diferenças são pouco relevantes. (MINAS GERAIS, 2006).

A população adolescente do Brasil ultrapassa 40 milhões de adolescentes. Adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos correspondem a 29% da população mundial, dos quais 80% vivem em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2008a). Mesmo com a desaceleração de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil.

É essencial analisar as concepções em relação à juventude e à adolescência, pois é através delas que serão interpretadas as formas de ser e de estar no mundo, considerando que é na adolescência que existe uma maior exposição a situações de risco por às vezes não adotar práticas preventivas, levando a uma maior predisposição aos agravos. (WHO, 2001).

A ausência de oportunidade que possa estimular o adolescente a refletir, construir um projeto de vida e concretizá-lo pode colocá-lo em situação de risco, independentemente da situação social em que se encontre. É necessário, portanto, que as ações sejam dirigidas a todos os adolescentes que estimule o seu autocuidado e o seu potencial criativo e resolutivo. (MINAS GERAIS, 2006). Por serem consideradas pessoas saudáveis, adolescentes e jovens, não têm a necessária atenção à saúde. No entanto, as condições de saúde desse segmento evidenciam a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas. (BRASIL, 2010).

A adolescência tem sido vista como um período de transição, e isto tem levado ao esquecimento das necessidades desta população, desrespeito com seus direitos e uma exigência quanto ao cumprimento dos seus deveres como cidadão. Para que o adolescente seja visto com outro enfoque é preciso que a sociedade reconheça o seu potencial de contribuição e permita que seus pensamentos, críticas e desejos sejam ouvidos. (BRASIL, 2008a).

A saúde geral, incluindo a bucal, reflete em muitos aspectos, os hábitos e comportamentos das pessoas. As doenças estão relacionadas com fatores de risco, estilos de vida e podem afetar os hábitos e saúde bucal. (RODRIGUES, 2008). A saúde bucal dos adolescentes tem uma grande importância porque é nesse período que a maioria dos

elementos dentais permanentes de maior risco à cárie irrompe na boca. É uma fase marcada por tensões, conflitos, descobertas e muita intensidade na vivência das diferentes situações da vida. Desse modo, é comum que os jovens não se sintam “tendo tempo” para as medidas de autocuidado e é frequente que os bons hábitos de higiene sejam colocados de lado, assumindo menor importância nesse contexto de descobertas, urgências e intensidades. (SESC, 2007).

Na década de 1990, 100% da população brasileira apresentava doença periodontal e/ou cárie, colocando o Brasil no topo do *ranking* das doenças bucais. Dados revelaram um quadro preocupante em relação à saúde bucal dos adolescentes: 14% nunca fora ao dentista. A dor dentária foi um dos principais motivos de ida ao dentista, a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A perda dentária precoce é grave. Evidenciou-se que a necessidade de algum tipo de prótese já surge a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. (BRASIL, 2004b). Esta pesquisa revelou também que 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente com cárie dentária. A análise por porte populacional revela condições mais desfavoráveis em municípios com populações menores.

O adolescente apresenta comportamentos extremos, na busca de um equilíbrio físico-psíquico-social, às vezes exacerba suas atitudes positivas, outras vezes, mostra-se negligente com seus cuidados à saúde. A adolescência é tida como um período de risco à cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a escovação dentária. Por outro lado, torna-se um período crucial na atenção à saúde porque, nessa época, se estabelece um aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros, tornando esta fase propícia ao desenvolvimento de um estilo de vida saudável a partir da consolidação de uma mentalidade de autocuidado, desde que haja condições favoráveis para tal. (SESC, 2007).

Vários trabalhos nacionais e internacionais mostraram que adolescentes têm pouco conhecimento em saúde bucal, inclusive sobre o que é necessário para se ter saúde bucal. Mostram também que a educação em saúde é um fator importante para modificar comportamento em saúde, principalmente se fundamentada numa pedagogia participativa. Ações de educação em saúde bem planejadas podem ser bastante efetivas para a melhora da saúde bucal de muitos adolescentes. (PIMENTEL, 2012). O adolescente tem condições de exercer o autocuidado com o seu corpo em geral, bem como com a sua boca, e ao realizar essas atividades estará dando um passo significativo na manutenção de sua saúde bucal.

Não basta levar informações aos adolescentes para que possam participar de modo efetivo e integrado da vida em sociedade. Elas são imprescindíveis, mas quando são apenas

memorizadas, reproduzidas ou manutenção do já existente, coloca o aprendiz numa condição de expectador do mundo. A complexidade dos diversos setores da vida tem demandado o desenvolvimento de capacidades humanas no sentir, pensar e agir, comprometido com as questões do meio em que vive. (BERBEL, 2011).

É importante realizar estudos com os adolescentes utilizando a metodologia qualitativa, para compreender melhor como se expressam e buscam ajuda, a partir de suas expectativas, vivências e visão do mundo. A partir dessas observações, é possível elaborar ações educativo-preventivas mais eficazes que propicie a esta população uma maior autonomia nas atitudes relacionadas ao cuidado e ao controle das doenças de sua boca. (PALAZZO, 2003). Quando os adolescentes realizam atividades por vontade própria, sem serem obrigados, ficam mais motivados e desta forma, são capazes de planejar ações que possam produzir alguma mudança.

Buscar a participação dos jovens no processo de autocuidado constitui um desafio permanente para os profissionais de saúde, visto que a juventude atual mantém outra relação com o mundo, com a mídia, com os diversos grupos sociais e com a própria vida. Portanto, para aglutinar e mobilizar jovens, é necessário adotar metodologias participativas e estratégias inovadoras. Para que esta metodologia se concretize, é necessária uma relação de interação com os sujeitos envolvidos no processo de transformação, ou seja, um encontro entre profissionais e população alvo, adolescentes e jovens. (BRASIL, 2008a).

As teorias de aprendizagem mostram que para reter conhecimento é necessário ter interesse em aprender e não apenas do esforço da repetição. Fixamos melhor quando vivemos intensamente e quando temos interesse em conhecer. O adolescente precisa encontrar na escola um saber que corresponda aos seus interesses e que parta das suas necessidades. (GADOTTI, 1992). Portanto a educação em saúde deve utilizar a linguagem do educando e despertar nele o desejo de aprender e a capacidade de continuar aprendendo.

A escola é um ambiente importante para se trabalhar a educação em saúde com adolescentes, permitindo que se desenvolvam ações para mudanças de condutas e estilos de vida saudáveis. A adolescência é um período de construção de aprendizagem, o que propicia o estímulo e acesso às informações em saúde. Portanto a educação em saúde não deve estar voltada apenas para a transmissão de informação, mas deve poder proporcionar ao adolescente, avaliar e analisar os conhecimentos adquiridos e a partir disto, mudar comportamentos e atitudes e poder se transformar em agente multiplicador de informação. (PEREIRA, 2002).

Segundo Paro (2000), existe hoje um descontentamento generalizado com o ensino oferecido pela escola pública fundamental. E esta insatisfação é devido a não correspondência entre teoria e prática, entre o que é desejado e o programado, não efetivando assim a qualidade do ensino. A escola fundamental deve ter por base, a realização de objetivos na dimensão individual e social. Na individual, deve dar ao educando condição de realizar seu bem-estar pessoal, ou seja, educar para o “bem viver”. Na social, deve permitir ao educando que sua atuação contribua para a construção de uma ordem social mais adequada a fim de conquistar a realização do “bem viver” de todos.

Ausubel (2003) mostra uma abordagem sobre a aprendizagem como proposta concreta para o cotidiano escolar. Ele estabeleceu a distinção entre a aprendizagem mecânica a qual ocorre quando um novo conhecimento é arbitrário e a aprendizagem significativa que acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Na aprendizagem significativa, o educando escolhe conscientemente integrar o novo conhecimento ao que ele já possui, portanto é a integração de novos conhecimentos. Quando ocorre esta integração, o conhecimento que já existia fica mais elaborado e o novo passa a ter mais significado.

É fundamental, portanto, dar a este educando a oportunidade de avançar em sua aprendizagem utilizando de abordagem dialógica para o desenvolvimento de sua capacidade no enfrentamento a realidade em que vive. E, que neste processo, coloque educador e educando como parceiros na construção da aprendizagem. (FREIRE, 2006). Valente (2001) ressalta que a aprendizagem deve proporcionar ao educando, construir seu próprio conhecimento, que ele seja capaz de se apropriar dos conhecimentos adquiridos, de sua experiência de vida, transformá-los em novos significados e converter a informação obtida em conhecimento.

Adolescentes têm a necessidade de serem reconhecidos em suas capacidades e o desejo de ser escutados. Favorecer a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde, contribuindo para a sua autoestima e formulação de um projeto de vida. É o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente sã, levando-os a se tornarem participantes das ações de saúde e promotores da transformação social. (BRASIL, 2010).

As atividades de educação em saúde com escolares, geralmente transmitem uma lista de regras de bem-viver aos alunos, os quais não obedecem não por falta de vontade, mas devido à falta de acesso aos serviços necessários, o que os impossibilita de alcançar este estado ideal de saúde. Desta forma, estas práticas de educação em saúde têm se mostrado incompetente para o bem-viver destes escolares que apenas recebem as informações. (PEREGRINO, 2000).

O maior objetivo das medidas educativas é adaptar o adolescente à realidade, tornando-o responsável e propiciando a inserção no universo adulto. A tarefa de educar, formar um adolescente, exige não só sua capacidade de aprender, mas, também, seu potencial afetivo, que é uma condição fundamental para que o adolescente estabeleça laços, os quais vão possibilitar uma inserção mais criativa na sociedade. (BRASIL, 2008a).

As ações de prevenção e promoção de saúde estimulam o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, levando-os a participar, desenvolver projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. A prevenção não se limita ao fornecimento de informações, mas envolve uma participação ativa do adolescente no sentido de refletir sobre os caminhos que pode tomar em sua vida, desenvolvendo assim sua autonomia e responsabilidade. (MINAS GERAIS, 2006).

Trabalhar de uma só forma pode não atingir os alunos no mesmo nível de pensamento e comprometimento em suas ações, como desejados. Necessário que se busque diferentes alternativas, as quais possam provocar atividades que estimulem o desenvolvimento de diferentes habilidades de pensamento dos alunos e que possibilite ao professor substituir as situações controladoras e atuar naquelas que promovam a autonomia. (BERBEL, 2011).

Diante do exposto, verifica-se a importância da educação em saúde como ferramenta para transformação de hábitos e atitudes. Porém na forma como vem sendo trabalhada, pontual e fragmentada, não está sendo resolutiva e nem contribuindo para a conquista da saúde da população. Necessário, portanto, repensar a ação educativa numa abordagem crítico-reflexiva, centrada no diálogo, onde o educando reflita sobre sua condição de sujeito, comprometido com sua realidade. E a partir do momento que ele se integra com esta realidade, não como expectador, ele recria sua própria história e decide sobre ela. (ALVIM, 2007).

A educação em saúde, por intermédio das metodologias ativas, será uma ferramenta importante e desafiadora. Refletindo sobre sua saúde, os adolescentes poderão colocar em prática, no seu dia a dia, os conhecimentos adquiridos, executando práticas de autocuidado e se tornando um multiplicador de informações em saúde. Neste caminho, é possível que ocorra um pensamento crítico e reflexivo, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e de futuros profissionais. Implementar estas metodologias pode favorecer uma motivação autônoma, na medida que fortalece a percepção do aluno, quando ele é o autor da sua própria ação. (BERBEL, 2011).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que utiliza a metodologia denominada – Projeto-intervenção.

O Projeto-intervenção tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo da saúde essa modalidade de pesquisa está sendo bastante utilizada, assim como no campo educacional, devido à relevância de seu caráter pedagógico: os participantes, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam-se e resignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Nesse tipo de pesquisa, tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança. (THIOLLENT, 2005).

Ainda segundo Thiollent (2005) a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

As abordagens qualitativas se conformam em propostas investigativas de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Na análise qualitativa os participantes são observados em sua diversidade e relações sociais, sendo respeitados seus aspectos e sua identidade cultural. Para tanto, no presente estudo optou-se pela abordagem qualitativa, em especial na análise dos dados de fonte primária na modalidade Projeto-intervenção.

Os pesquisadores se compuseram de uma equipe formada por sete profissionais de saúde: 1 mestranda, 2 docentes e 4 residentes da Área de Concentração em Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU). Os residentes atuaram como auxiliares de pesquisa, de caráter multiprofissional, sendo: 1 psicólogo; 1 enfermeira; 1 fisioterapeuta e 1 cirurgiã-dentista.

4.2. Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido nos meses de junho a setembro de 2017, com profissionais integrantes da equipe odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, que conta com uma população de 662.362 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015). Foi desenvolvido também com 40 adolescentes da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira.

A cidade de Uberlândia está situada na Região do Triângulo Mineiro fazendo parte da Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte, sendo a mais populosa cidade de todos os municípios da região e com a maior estrutura econômica e organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cidade está dividida em cinco setores territoriais urbanos e mais a região rural que é utilizada como referências para as ações de planejamento do município e, também, servem de base para o planejamento das ações em saúde. Está dividido em cinco distritos sanitários.

Por sua vez, a Secretaria Municipal da Saúde de Uberlândia tem dentre os vários programas prioritários, o Programa de Saúde Bucal. O Programa de Saúde Bucal oferece atendimento odontológico à população sendo, suas ações, realizadas nas unidades de atenção básica em saúde bucal, localizados nos cinco setores do município, denominados de: setores norte, sul, leste, oeste, central e zona rural. Atende a população dentro de sua área de referência, facilitando o acesso ao atendimento. São realizadas ações como: exames clínicos, tratamento restaurador/reabilitador, exodontias, orientações de higiene bucal e escovação dental supervisionada.

4.3. Definição dos participantes do estudo

O supracitado Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde tem um total de 313 profissionais, sendo 172 cirurgiões dentistas, 59 Técnicos em Saúde Bucal e 82 Auxiliares em Saúde Bucal. As ações são realizadas em 8 (oito) Unidades de Atendimento Integrado (UAI), 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 28 (vinte e oito) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 1(uma) equipe de prevenção e 42 (quarenta e dois) profissionais estão lotados ou cedidos para outros programas, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 Uberlândia/MG: Quantitativo de profissionais de saúde bucal da rede municipal, 2016

Quantitativo de profissionais de saúde bucal – Uberlândia						
Profissionais	UAI * ¹	UBS	UBSF	Prevenção	Outros * ²	Total
Cirurgião dentista (CD)	54	39	42	05	32	172
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	21	11	20	02	05	59
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	27	22	28	-----	05	82
TOTAL	102	72	90	07	42	313

*Nota: *¹ não participaram da pesquisa – Atuam em Unidade de Atendimento Integrado

*² corresponde aos profissionais que estão lotados ou cedidos em outros programas, os quais também não serão considerados na pesquisa.

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Além dos trabalhadores da equipe de saúde bucal, este estudo contou também com a participação de quarenta adolescentes nas oficinas 4 e 5.

4.4. Critérios para seleção dos participantes do estudo

4.4.1. Trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal

Apesar do conjunto de profissionais que compõem a equipe de saúde bucal do município perfazer 313 profissionais, foi de interesse do presente estudo, investigar as equipes, as quais possuem ênfase na educação em saúde, no âmbito coletivo, limitando-se a duas modalidades de atenção odontológica, sendo elas: as Unidades básicas de Saúde – UBS e Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, em 2017. Foi incluída também neste estudo, uma equipe de prevenção, onde os profissionais pertencentes a ela, não estão lotados em nenhuma unidade de referência, mas desenvolvem ações de educação em saúde em vários pontos da cidade, de acordo com a demanda e necessidade da população.

Desta forma, o universo de profissionais da saúde bucal participantes desse estudo correspondeu a 169 profissionais, sendo 86 cirurgiões-dentistas; 33 Técnicos em Saúde Bucal (TSB); e 50 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), conforme tabela 2.

Tabela 2 Uberlândia/MG: Quantitativo de profissionais de saúde bucal participantes de três modalidades de Atenção da rede municipal de saúde, 2016

Profissionais	UBS	UBSF	Equipe Prevenção	TOTAL
Cirurgião dentista (CD)	39	42	05	86
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	11	20	02	33
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	22	28	-----	50
TOTAL	72	90	07	169

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Não foi possível realizar o estudo com 100% dos 169 profissionais, devido a três aspectos principais, sendo eles: (1) o tempo disponível dos participantes do estudo para fazer parte das oficinas; (2) recomendação da técnica de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em compor as oficinas em pequenos grupos de participantes; e (3) maior facilidade operacional e baixo custo.

Desta forma, o estudo optou por trabalhar com amostra de uma precisão amostral de 9% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo, de acordo a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006):

$$n = \frac{Z^2 pqN}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Onde o n será = 61 profissionais divididos da seguinte forma, conforme tabela 3.

Tabela 3 Uberlândia/MG: Total da amostra de profissionais da equipe de saúde bucal para realizar essa pesquisa, 2017

Profissionais	Total
Cirurgião dentista (CD)	31
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	12
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	18
TOTAL	61

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Os critérios para o recrutamento dos profissionais de saúde fundamentaram-se a partir de dois aspectos principais: (1) amostra da pesquisa qualitativa é menor e por se tratar de projeto de intervenção há uma limitação do número de participantes tendo sido definido n=61; (2) optou-se por incluir, inicialmente, nesse estudo os profissionais que já desenvolviam em

seu cotidiano as atividades educativas, no campo da saúde bucal, com ênfase no coletivo, possibilitando aplicação imediata no campo do trabalho.

Desta forma, a abordagem para o recrutamento dos profissionais de saúde foi feita, inicialmente, mediante visitas pré-agendadas da pesquisadora junto aos coordenadores/supervisores desses profissionais. A pesquisadora realizou visitas às unidades dos profissionais selecionados, onde foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e possíveis dúvidas, além disso, demonstrou os benefícios do estudo em questão, tanto para a comunidade como para o próprio profissional de saúde. Nesta visita, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao questionário sobre perfil socioprofissional e de educação em saúde.

Para as oficinas, ocorreu a divisão dos profissionais em dois subgrupos de participantes, representativos dos profissionais e adequados à metodologia selecionada, para facilitar as discussões e o processo de reflexão e avaliação. A duração das oficinas com os profissionais e os adolescentes foi de quatro horas, perfazendo um total de 20 horas presenciais. As oficinas, para os grupos A e B, tiveram os mesmos objetivos, temas programáticos e metodologia, variando apenas os participantes.

A escolha dos 61 profissionais, no universo de 169, foi realizada juntamente com a coordenação de Saúde Bucal e a pesquisadora, considerando: interesse do profissional em participar; representatividade dos setores do município; equipes com maior quantitativo de profissionais; e recomendação das MAEA na formação de pequenos grupos (fortalece o compartilhamento e a interação).

Os profissionais de saúde que participaram da oficina foram responsáveis pelos seus custos de transporte e alimentação, pois se deslocaram para o local das oficinas, em seu horário de trabalho, não havendo necessidade de ressarcimentos, pois inclui atividade regulamentada de educação permanente. Além disso, os pesquisadores forneceram um lanche de confraternização, ao final das oficinas, com recursos próprios dos pesquisadores, sem necessidade de ressarcimentos.

4.4.2. Adolescentes

Além dos trabalhadores da equipe odontológica, este estudo contou também com a participação na 4ª e 5ª oficinas, de quarenta adolescentes matriculados na Escola Municipal Professor Ladário Teixeira. As oficinas foram realizadas na própria escola, ocupando uma

sala de aula, conforme acordado com a direção. A definição do quantitativo de 40 adolescentes é amostra intencional e advém da indicação do número de participantes recomendáveis na metodologia utilizada. Foram priorizados os da faixa etária de treze a dezesseis anos, por serem mais independentes, autônomos, amadurecidos para o debate, facilitando as atividades propostas nas oficinas. A abordagem e o recrutamento dos 40 adolescentes que participaram das oficinas foram realizados pela Direção da Escola, com o apoio da pesquisadora, esclarecendo os objetivos e metodologia da Oficina e utilizou quatro critérios: (1) interesse do adolescente em participar da oficina; (2) autorização dos pais ou responsáveis para o adolescente participar da Oficina; (3) estar na faixa etária de 13 a 16 anos; e (4) proporcionalidade de 50% entre os adolescentes dos sexos masculinos e femininos.

As oficinas para os adolescentes foram pactuadas com a direção da escola, como atividade complementar e não substitutiva as atividades escolares regulamentares, em horário extraclasse, sem qualquer prejuízo das suas atividades.

Os critérios da escolha da escola foram: (1) proximidade da Universidade Federal de Uberlândia, onde foram realizadas as oficinas com a equipe odontológica; e (2) instituição colaborativa, aberta a diálogos, facilitando este tipo de estudo.

Por sua vez, a abordagem dos adolescentes, durante a Oficina, ocorreu com a aplicação das metodologias ativas de ensino aprendizagem. O desenvolvimento das atividades educativas se baseou na pedagogia da problematização, reconhecida como metodologia ativa. É um modelo de ensino contemplado no chamado Método Paulo Freire, é chamada de educação libertadora, a qual valoriza o diálogo e desmistifica a realidade que é posta em prática. As metodologias ativas fazem parte de um processo amplo e possui como principal característica a inserção do estudante como agente principal responsável pela sua aprendizagem, comprometendo-se com seu aprendizado. As metodologias ativas surgem como proposta para focar o processo de ensinar e aprender na busca da participação ativa de todos os envolvidos, centrados na realidade em que estão inseridos. Neste contexto, problematizar não se restringe a apenas apresentar questões, ultrapassando estas até chegar à discussão dos conflitos que fazem parte e mantém o problema apresentado.

Nessa perspectiva metodológica posta acima, as oficinas com os adolescentes foram planejadas, previamente, a partir do levantamento de temas e questionamentos de interesse dos adolescentes, referentes ao campo da saúde, incluindo seus agravos, problemas e doenças de interesse. Assim, o tema da área da saúde destas referidas oficinas não foi pré-estabelecido pelos mediadores.

4.5. Método e instrumentos de coleta de dados

Foram realizadas cinco oficinas, mediadas pela equipe executora supracitada, com a aplicação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas na reflexão do cotidiano, buscando estimular um processo de desconstrução de conhecimentos anteriores, propiciando a busca de novos e diferentes saberes. (BRASIL, 2005 b). A primeira e segunda oficinas foram de preparação e sensibilização da equipe odontológica vivenciando o uso das MAEA. A terceira para preparação das Oficinas dos Adolescentes e a quarta e quinta oficinas foram de aplicação das metodologias ativas junto a um grupo de adolescentes.

Segundo Minayo (2008), esta abordagem metodológica facilita a compreensão dos sentidos, dos significados, das questões subjetivas inerentes às atitudes, às estruturas sociais e as relações.

As oficinas foram desenvolvidas seguindo um roteiro de orientações descritas, de forma sistemática, em sequência de atividades, sempre partindo da realidade dos participantes e de seus locais de trabalho, possibilitando reflexões que levam à construção coletiva do plano de intervenção voltado para a transformação da realidade. Os objetivos, temas programáticos e o método preconizado para essas oficinas, encontram-se em anexo 1.

A 2ª oficina foi aplicada no dia subsequente a realização da 1ª. A equipe executora do estudo se reuniu logo em seguida, ao término da 1ª oficina, para traçar suas considerações e realizar o planejamento da 2ª. A 3ª oficina foi realizada dez dias após a realização da 2ª e as 4ª e 5ª oficinas foram aplicadas, após duas semanas de realização da 2ª oficina, para que os participantes, junto com os mediadores, pudessem fazer as adequações no plano de intervenção, elaborar recursos pedagógicos, considerando o contexto do adolescente, buscando alcançar os resultados propostos.

Em adição, foram utilizados dois questionários aplicados nessa ordem, e descritos a seguir:

- a) Perfil da Equipe Odontológica: foi aplicado antes das oficinas, a fim de traçar o perfil socioprofissional e de educação em saúde da equipe odontológica, visando caracterizar e conhecer este segmento, bem como suas percepções sobre metodologias ativas, anexo 2;
- b) Avaliação para Equipe Odontológica: foi aplicado para os profissionais de saúde, na última oficina, com os objetivos de descrever os resultados das oficinas e

identificar se houve compreensão dos elementos fundamentais das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pela equipe odontológica, anexo 3.

Os trabalhadores envolvidos na pesquisa que atenderam os critérios de inclusão foram esclarecidos, no seu local de trabalho, sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitando suas singularidades. Após a concordância em participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa (Anexo 6).

Os questionários foram respondidos individualmente e em situação de privacidade. O primeiro questionário foi respondido pelos profissionais da equipe odontológica, na visita da pesquisadora aos seus locais de trabalho. O segundo questionário foi respondido ao final da 5ª oficina.

Os adolescentes foram avaliados com ações educacionais das metodologias ativas, utilizadas através da caixa de sentimentos, seguindo este questionamento:

- 1) Como foi para você participar destas oficinas? Descreva na tarjeta o seu sentimento com uma palavra ou uma frase.

4.6. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Os critérios de inclusão para os profissionais participantes da pesquisa foram: (1) profissionais da área de saúde bucal das categorias: cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal que trabalham nas unidades selecionadas para a pesquisa; (2) profissionais que concordem em participar da pesquisa através da assinatura e do TCLE.

Os critérios de inclusão para os adolescentes participantes da pesquisa foram: (1) estar matriculado na Escola Municipal Professor Ladário Teixeira; (2) interesse em participar da pesquisa através da assinatura do "Termo de Assentimento para o Menor" (anexo 8); (3) estar na faixa etária de 13 a 16 anos; e (4) possuir autorização dos pais e/ou responsáveis para a referida participação, registrada através da assinatura do TCLE, conforme anexo 7.

Os critérios de exclusão foram: (1) profissionais da equipe odontológica e adolescentes que não foram mencionados nos critérios estabelecidos anteriormente; e (2) profissionais e adolescentes que não aceitem participar da pesquisa ou que não cumpram o procedimento de preenchimento do TCLE.

4.7. Análise Crítica de Riscos e Benefícios

Não existe uma pesquisa sem riscos. Nesse estudo os mesmos consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização da entrevista, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva, além da possibilidade de identificação do participante e divulgação de informações colhidas nas oficinas. Verifica-se que nesta pesquisa o cuidado se refere a preservar o sigilo e a identificação dos participantes da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS. Assim, a equipe de pesquisadores se comprometeu com o sigilo absoluto da identidade dos mesmos.

Para minimizar os riscos, verifica-se que os questionários não solicitam identificação do respondente. Por sua vez, quando da redação dos aspectos verificados e observados durante as oficinas utilizamos as siglas “P” para profissionais e “A” para adolescentes para não ocorrer identificação dos participantes.

Os benefícios aos profissionais poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e de apropriação da utilização das metodologias ativas, as quais poderão levar a um efeito positivo no desenvolvimento de suas atividades educativas. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os processos de trabalho, permitindo elaborar estratégias para as suas ações educativas e de se pensar em meios de promover a saúde. Os benefícios ao menor poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e de proporcionar que os mesmos tenham o controle de sua saúde bucal. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os cuidados com sua saúde geral.

4.9. Aspectos éticos da pesquisa

Antes do início da coleta de dados, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, presente na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, o qual foi aprovado sob número CAAE, 61266716.1.0000.5152, conforme anexo 9.

Cabe ressaltar que a pesquisa também foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, por intermédio da coordenação de Saúde Bucal, que prontamente concordou com a coleta de dados nas unidades. A pesquisa também recebeu a aprovação da

direção da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira que se dispôs a colaborar e contribuir para a realização das etapas da pesquisa.

Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e confidencialidade dos dados através do TCLE. Para a não identificação dos participantes da pesquisa, foram utilizados letras e números para identificação dos questionários e a consolidação dos dados.

5. ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados das oficinas foi realizada considerando as variáveis qualitativas e utilizamos a análise de conteúdo temática considerando as categorias que foram subdivididas em quatro núcleos: (1) Núcleo 1 - Como os participantes chegaram?; (2) Núcleo 2 - As potencialidades e transformações durante as oficinas; (3) Núcleo 3 - As dificuldades, fragilidades e divergências; e (4) Núcleo 4 – Avaliação: os impactos na percepção do processo ensino-aprendizagem.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2011) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados. Essas etapas foram especificadas abaixo:

Primeira Etapa: pré-análise.

Nesta etapa foram desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

Segunda Etapa: exploração do material ou codificação

Consistiu no processo através do qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.

Terceira Etapa: tratamento dos resultados

Buscou-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações compreendidas pela análise, através de quantificação simples e coletiva da equipe multiprofissional, dos sentimentos expressados a partir das frases, agrupando-os em tendências de análise. Assim, ao final da análise obtiveram-se os aspectos importantes que impactaram positiva ou negativamente ou

divergiram do ensino-aprendizagem proposto, tendo em vista aprender os significados e representações dos participantes nessa prática de educação em saúde.

Laurence Bardin (1979), autora da referência da análise de conteúdo utilizada no estudo, aplicou as técnicas de análise de conteúdo na investigação psicossociológica e nos estudos das comunicações de massas. Para a referida autora a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas). Mais especificamente, a análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011, pg. 42).

Ao final da análise observou-se os aspectos importantes que impactaram positivamente ou divergiram na aprendizagem do tema proposto, tendo em vista apreender os significados e representações dos participantes nessa prática de educação em saúde.

Os dados do perfil socioprofissional e de educação em saúde dos trabalhadores da equipe de saúde bucal foram registrados em planilha eletrônica no Excel e tratados estatisticamente, permitindo cruzamentos múltiplos dos mesmos, permitindo identificar características básicas do perfil pessoal, profissional e de educação em saúde dos participantes do estudo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de dois artigos científicos, que foram submetidos à Revista da ABENO, conforme anexo 10.

6.1. ARTIGO I:

Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal.

Metodologías Activas de Enseñanza-Aprendizaje: reflexiones críticas viabilizando el repensar de las prácticas y conductas en la educación en salud bucal.

Active Teaching-Learning Methodologies: critical reflections enabling the rethinking of practices and behaviors in oral health education.

Maria Inês Miranda Pacheco Borges*, Liliane Parreira Tannús Gontijo **, Marisa Aparecida Elias***, Daniella Aparecida de Sousa Alves****, Eduarda Franco Rocha Gonçalves****, Isabel Cristiane de Noronha****, Thiago Artur de Morais****

*Mestranda da Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia - MG.

**Professora Doutora Titular da área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - MG. E-mail: lilianetannus1@gmail.com

***Professora Doutora Titular da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

****Residente da Área de Concentração em Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Uberlândia – MG.

RESUMO

Dentre um conjunto de estratégias para desenvolver a educação em saúde, destaca-se a utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA). Elas têm seu alicerce no princípio da autonomia, onde o participante aprende junto aos seus pares e desenvolve protagonismo no processo ensino-aprendizagem. Este estudo, de natureza qualitativa, mediante Projeto-intervenção, tem por objetivo identificar a compreensão dos elementos fundamentais das MAEA advindos da equipe odontológica. Participaram do estudo 61 profissionais, entre eles cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, perfazendo cinco oficinas de 20 horas. Foram utilizadas as ações pedagógicas e a avaliação recomendadas pelas MAEA, buscando estimular um processo de desconstrução/construção de conhecimentos. Adotou-se um questionário para traçar o perfil socioprofissional e de educação em saúde e um roteiro de temas para avaliação dos resultados das oficinas junto aos profissionais. Identificou-se forte feminização dos profissionais (95,1%), com predominância da faixa etária de 45 a 49 anos (34,4%), ensino superior completo (75,4%) e vínculo empregatício por Regime Jurídico Único (70,5%). Desses profissionais, 47,5% afirmaram desenvolver frequentemente ações de educação em saúde em suas práticas e 35,2% se sentiram preparados em relação ao conteúdo e à metodologia de caráter transmissivo adotada. No início do estudo, 59% afirmaram “não conhecer” as MAEA e 63,9% não abordavam essa referida metodologia em suas ações educativas e, ao final, 74% consideraram-se motivados e em condições para desenvolver as MAEA. As oficinas estimularam o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva da equipe odontológica e o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal. A ausência de apoio e validação gerencial/institucional e a não apropriação das ações educacionais das MAEA estão entre as principais justificativas para sua não utilização pela equipe odontológica.

DESCRITORES: Saúde bucal. Educação em Saúde. Ensino. Aprendizagem.

RESUMEN

Entre un conjunto de estrategias para desarrollar la educación en salud, se destaca la utilización de las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje (MAEA). Ellas tienen su base en el principio de la autonomía, donde el participante aprende junto a sus pares y desarrolla protagonismo en el proceso enseñanza-aprendizaje. Este estudio, de naturaleza cualitativa, mediante Proyecto-intervención, tiene por objetivo identificar la comprensión de los elementos fundamentales de las MAEA provenientes del equipo odontológico. En el

estudio participaron 61 profesionales, entre ellos cirujanos-dentistas, técnicos y auxiliares en salud bucal, con cinco talleres de 20 horas. Se utilizaron las acciones pedagógicas y la evaluación recomendadas por las MAEA, buscando estimular un proceso de deconstrucción / construcción de conocimientos. Se adoptó un cuestionario para trazar el perfil socioprofesional y de educación en salud y un guión de temas para evaluación de los resultados de los talleres junto a los profesionales. Se identificó fuerte feminización de los profesionales (95,1%), con predominancia de la franja etaria de 45 a 49 años (34,4%), enseñanza superior completa (75,4%) y vínculo laboral por Régimen Jurídico Único (70, 5%). De estos profesionales, el 47,5% afirmó desarrollar frecuentemente acciones de educación en salud en sus prácticas y el 35,2% se sintió preparado en relación al contenido ya la metodología de carácter transmisivo adoptada. En el inicio del estudio, el 59% afirmó "no conocer" las MAEA y el 63,9% no abordaban esa referida metodología en sus acciones educativas y, al final, el 74% se consideró motivado y en condiciones para desarrollar las MAEA. Los talleres estimularon el desarrollo de la conciencia crítica y reflexiva del equipo odontológico y el repensar de las prácticas y conductas en la educación en salud bucal. La ausencia de apoyo y validación gerencial / institucional y la no apropiación de las acciones educativas de las MAEA están entre las principales justificaciones para su no utilización por el equipo odontológico.

DESCRIPTORES: Salud bucal. Educación en Salud. Enseñanza. El aprendizaje.

ABSTRACT

Among a set of strategies to develop health education, the use of active teaching-learning methodologies (MAEA) stands out. They have their foundation in the principle of autonomy, where the participant learns with his peers and develops protagonism in the teaching-learning process. This qualitative study, through Project-intervention, aims to identify the understanding of the fundamental elements of the MAEA coming from the dental team. A total of 61 professionals participated, including dental surgeons, technicians and oral health aides, comprising five 20-hour workshops. The pedagogical actions and evaluation recommended by the MAEA were used to stimulate a process of deconstruction / construction of knowledge. A questionnaire was adopted to draw up the socio-professional profile and health education and a series of themes to evaluate the results of the workshops with professionals. It was identified a strong feminization of the professionals (95.1%), with a predominance of the age group from 45 to 49 years (34.4%), complete higher education

(75.4%) and employment by Single Legal Regime (70, 5%). Of these professionals, 47.5% stated that they frequently developed health education actions in their practices, and 35.2% felt prepared in relation to the content and methodology adopted. At the beginning of the study, 59% said they did not know the MAEA and 63.9% did not approach this methodology in their educational actions, and in the end, 74% considered themselves motivated and able to develop MAEA. The workshops stimulated the development of critical and reflexive awareness of the dental team and the rethinking of practices and behaviors in oral health education. The absence of support and management / institutional validation and non-appropriation of the educational actions of MAEA are among the main justifications for its non-use by the dental team.

DESCRIPTORS: Oral health. Education in Health. Teaching. Learning.

1 INTRODUÇÃO

Muitas ações têm sido executadas nos processos de educação em saúde, mas os resultados pouco correspondem aos esforços empreendidos. O paradigma proposto ainda é voltado para o modelo instrutivista e o que se nota é a reprodução de ações educativas voltadas apenas para transmitir informações, sem considerar as necessidades da população a ser trabalhada¹.

Nesta perspectiva, este estudo sistematiza o resultado das reflexões processadas pela equipe odontológica, referente às atividades no campo da educação em saúde em seu cotidiano da atenção primária, tendo como recomendação as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA).

O uso de MAEA traz possíveis encaminhamentos promissores, pois se fundamentam em princípios na educação problematizadora e a utilização de elementos potentes para o desenvolvimento das capacidades crítica, reflexiva e transformadora do educando. Destacam-se entre suas potencialidades a educação construtiva, interação, desenvolvimento da autonomia e reflexão crítica, respeito ao conhecimento prévio, incentivo à busca de informações, articulação dos saberes e aprendizagem significativa, trazendo novos papéis para o educador e o educando na relação ensino-aprendizagem.

O estudo objetiva analisar se ocorreu a compreensão dos elementos fundamentais das MAEA decorrentes da equipe odontológica. E a partir dessa compreensão, estimular a apropriação de ações pedagógicas que viabilizam a transformação das práticas profissionais a

partir de percepções e atitudes mais críticas e reflexivas sobre o trabalho que realizam ou para o qual se prepararam.

2 METODOLOGIA

Quanto aos procedimentos metodológicos optou-se por pressupostos da abordagem qualitativa, utilizando como aporte o Projeto-intervenção. O projeto foi desenvolvido durante 4 meses no ano de 2017 junto aos profissionais da equipe odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, situado em Minas Gerais, na Região do Triângulo Mineiro.

Selecionou-se amostra de 61 profissionais, entre eles 31 cirurgiões-dentistas, 12 técnicos e 18 auxiliares de saúde bucal, sendo que a amostragem foi intencional, seguindo-se os critérios de interesse do profissional em participar, representatividade dos setores do município, equipes com maior quantitativo de profissionais e recomendação das MAEA na formação de pequenos grupos (fortalece o compartilhamento e a interação).

Aplicou-se um questionário tendo como objetivo traçar o perfil socioprofissional e de educação em saúde da equipe odontológica, visando caracterizar e conhecer esse segmento e suas percepções sobre as MAEA. Foram realizadas cinco oficinas mediadas pela equipe executora e aplicadas em dias sequenciados, com carga horária total de 20 horas, com base nas MAEA.

O quadro 1 sintetiza os objetivos e principais ações pedagógicas das cinco oficinas desenvolvidas. Da 1ª a 3ª oficina participaram 46 profissionais da Equipe Odontológica, e na 4ª e 5ª integraram-se 40 adolescentes e 26 profissionais, subdivididos em duas turmas.

Ao final das oficinas, solicitou-se, mediante avaliações escritas e roda de conversa, com base em um roteiro de temas, as impressões dos profissionais sobre aspectos compartilhados nas oficinas e se houve compreensão e apreensão dos elementos das MAEA. No intuito de preservar o anonimato dos participantes na apresentação dos resultados, utilizou-se a sigla “P” para profissionais.

A análise de conteúdo temática baseou-se na técnica de Bardin² (2011), considerando as variáveis qualitativas subdivididas em quatro núcleos de sentido. O questionário foi registrado em planilha eletrônica e tratado estatisticamente, permitindo cruzamentos múltiplos do mesmo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE, 61266716.1.0000.5152.

Quadro 1 Objetivos e ações pedagógicas desenvolvidas nas oficinas realizadas junto a equipe odontológica da Secretária Municipal de Saúde de Uberlândia/MG, 2017

Oficina	Objetivo	Ações Pedagógicas
1a	Viabilizar a reflexão sobre a abordagem, da Equipe Odontológica, no campo da educação em saúde, a partir da sua realidade de trabalho; e Conhecer e refletir sobre os principais elementos das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	<u>Subdividida em 4 etapas:</u> 1a etapa: Apresentação dialogada dos participantes do estudo, mediante expressão de seus nomes/profissão, apelido (cognome pelo qual gosta de ser chamado). 2a etapa: Ação pedagógica do “quebra gelo”, uso da técnica da tarjeta, expressão de uma palavra representativa das expectativas frente às oficinas, acompanhado de debate e formação de núcleos de sentido. 3a etapa: Trabalho em grupos. Composição a partir da diversidade (local, gênero, inserção institucional e categoria profissional), para interagir profissionais de campos e olhares diferentes. Consigna: debater e registrar em tarjetas as respostas acordadas pelos membros do grupo, referentes a três questionamentos versando sobre a compreensão da educação em saúde; os recursos pedagógicos utilizados; e as conquistas e desafios enfrentados nessas atividades. 4a etapa: Plenária. Apresentação dos trabalhos produzidos nos grupos com debate e compartilhamento.
2a	Estimular a reflexão sobre a realidade e elaborar um Plano de Ações - Educação em Saúde para adolescentes.	<u>Subdividida em 4 etapas:</u> 1a etapa: Vídeo Piper ^{2,23} . Compartilhamento, uso do recurso da tarjeta, expressão de uma palavra ou pequena frase, sentimento, emoções e percepções em relação ao vídeo. 2a etapa: Trabalho em grupo mediante aplicação de uma situação problema - Elaboração de um Plano de Ações (PA), para compor duas Oficinas de educação em saúde, com base nas MAEA, para um grupo de adolescentes. Plenária de apresentação e compartilhamento do PA. 3a etapa: Vídeo ALIKE ^{3,24} . Alinhamento e compartilhamento dos elementos das MAEA. 4a etapa: Avaliação das oficinas. Expressou-se em uma palavra ou pequena frase, depositando numa urna a avaliação sobre a experiência pedagógica vivida.
3a	Preparar os objetivos e método a ser utilizado no desenvolvimento da Oficina com Adolescentes	<u>Construção grupal.</u> A consigna consistiu em registrar e sintetizar em tarjetas o que foi discutido nas duas oficinas a fim de elaborar um roteiro para desenvolvimento com os adolescentes.
4a	Desenvolver duas Oficinas de Educação em Saúde, tendo em vista interagir, discutir, promover a saúde e o	Oficinas com base nas MAEA, desenvolvida junto aos adolescentes, com a participação dos profissionais. <u>Subdividida 4 etapas:</u> 1a etapa: Apresentação dos profissionais e adolescentes. 2a etapa: Vídeo: 7 Coisas que você deveria saber sobre os adolescentes ^{4,25} 3a etapa: Trabalho em grupos. Discussões baseada em três perguntas: (1) O que é ter saúde para você e para o seu grupo? (2) O que é ter saúde bucal? (3)

² Piper – Premiado como o melhor curta-metragem de animação. Filme da PixarAnimationStudios e direção de Alan Barillaro. Com seis minutos de duração, mostra através do olhar de um filhote de ave marinha, a perspectiva delicada da vida humana

³ Alike - é um curta metragem que foi produzido em Barcelona pelos diretores Daniel Martínez Lara e Rafa Cano Méndez. O filme mostra a vida de um pai e de um filho que vivem em um mundo que parece estar em conflito com o ambiente que o cerca. Um pai tentando incluir o filho no sistema e um filho que parece enxergar que existe algo mais do que isso.

⁴ Vídeo apresentado por Talyta Flores com direção de Rogério Freitas. O vídeo relata as 7 coisas que você deveria saber sobre os adolescentes, mostrando que um turbilhão de mudanças acontece no corpo e na cabeça desses quase adultos e se é difícil pra quem tem que lidar, imagina como é para quem está vivendo tudo isso na pele.

	autocuidado, com ênfase na saúde bucal, de acordo com a realidade do grupo de adolescentes.	Qual a doença/agravo que te preocupa? 4ª etapa: Adolescentes depositaram em uma urna, perguntas que gostariam de saber sobre saúde bucal e geral para próxima oficina. Foram convidados a colaborar com pesquisas sobre o tema, no intervalo entre as duas oficinas.
5a		<u>Subdividida 3 etapas:</u> 1a etapa: Plenária de apresentação dos trabalhos da oficina anterior com discussões e compartilhamento; 2a etapa: diálogo e compartilhamento versando sobre as perguntas depositadas nas urnas 3ª etapa: Avaliação dialogada das oficinas em roda de conversa. Em adição, responderam um roteiro de perguntas, sem identificação, contendo questões gerais sobre as oficinas.

3 RESULTADOS

3.1. Perfil socioprofissional da Equipe Odontológica

O perfil socioprofissional da equipe odontológica obteve 100% de questionários respondidos e nele traçou-se o seguinte perfil: 95,1% (58) da equipe odontológica são mulheres, a idade oscila entre 23 a 64 anos; 50,8% são casados; 75,4% tem ensino superior completo; 70,5% tem vínculo empregatício regime jurídico único; 72,2% com tempo de exercício acima de dezesseis anos e, portanto, abarcam consigo uma bagagem maior de experiência.

Os dados revelaram que 47,5% dos profissionais realizam frequentemente a educação em saúde (ES). O público alvo foram crianças de 0 a 9 anos de idade (65,6%), seguido por adultos (55,7%) e adolescentes (54,1%). AES é organizada, habitual e convencionalmente, ao segmento das gestantes (49,2%), seguida dos grupos de condições crônicas, diabéticos e hipertensos (39,3%) e pacientes com necessidades especiais (29,5%). Baseia-se no método transmissivo e 35,2% dos profissionais se consideram preparados para realizar ES; 59% dos profissionais não conheciam as MAEA e 63,9% não as utilizavam. A realização da ES não é considerada fator de sobrecarga para 35,2% dos profissionais e 55,6% sentem-se “totalmente realizados” no desenvolvimento dessa prática de ES.

3.2 Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões das práticas de educação em saúde e condutas no trabalho.

A análise de dados foi subdividida em quatro núcleos de sentido.

Núcleo 1 - Como os participantes chegaram?

Os pesquisadores utilizaram artifícios para recrutar os participantes do estudo ao perceberem desmotivação de alguns e por isso utilizou-se das “moedas de troca” dos pesquisadores, dentre elas, benefícios das estratégias da MAEA, momentos de troca de experiências, conhecimentos e descontração. Relatos ratificaram o despertar do interesse e curiosidade com a proposta do estudo, apesar da apatia inicial, como P8: *“Vim para descobrir novas formas de fazer as coisas, pra fazer diferente e ter resultado diferente.”* Essa fala ratificou o despertar do interesse pela proposta do estudo:

“O tempo todo tive curiosa. Quando ela fez o convite, fiquei pensando nossa...será o que é isso, e continuei curiosa. E quando ela falou que ia ter umas coisas bonitas e tal eu fiquei sossegada. E até agora eu tô curiosa pra saber o que vem pela frente.” (P15).

Os profissionais chegaram bem dispostos e curiosos na 1ª oficina e puderam rever os colegas. Observou-se certo saudosismo, considerando o fato de alguns profissionais estarem sendo alocados em postos de trabalho diferentes dos originalmente ocupados: *“E assim...tá sendo uma experiência inovadora mesmo, assim... um desafio, porque muitos anos no escolar. E aí agora mudou né? Mas assim.. tá sendo até melhor.” (P16)*

Ainda na 1ª oficina, desenvolveu-se uma ação pedagógica com intuito de promover o “quebra gelo” e “aquecimento” para o encontro. Essa ação resultou em menos tensões no grupo, deixando os profissionais mais descontraídos e próximos. Ao agruparem os resultados comuns e preservarem as diferenças, algumas expectativas se revelaram: *“acrescentar e ampliar conhecimento; aprendizado; desafio; inovação; troca de ideias e experiências; crescimento; empoderamento; acolhimento; transformação; estímulo; curiosidade; e o questionamento - E aí?”* A referida pergunta resultou em discussão e desconforto entre os participantes, demonstrando crítica sobre o contexto de trabalho: *“Então... são tantos projetos, tantas coisas que são largadas e não são continuadas. A pergunta é.., mas um processo de crescimento, de aprendizado,... e aí? ”P(12)*

Os participantes puderam expressar seus questionamentos e angústias:

“Quando ela foi na unidade e falou este termo metodologias ativas eu não sabia o que era. Eu falei como é isso, o que a gente faz, como a gente aplica, o que isto pode melhorar na forma de conversar com o paciente. As vezes a gente chega, fala, fala, e ninguém entende, ninguém presta atenção e isto é meio frustrante, né? Aí eu disse, deixa eu ir lá então pra aprender.” P(11)

Nas 4ª e 5ª Oficinas, momento da Educação em Saúde (ES) junto aos adolescentes, os profissionais chegaram um pouco apreensivos e curiosos. Contudo, estavam dispostos a

colaborar, participar e aprender. Mostraram alguns relatos de desalinhamento entre as expectativas dos participantes e o ocorrido na ES com os adolescentes: *“Achei que a gente não ia conseguir fazer eles falarem. Superou minhas expectativas.” P(8), “Pensei que ia ser chato, mas foi muito além do que eu imaginava. Conseguimos estabelecer vínculo.” P(6).*

Na 1ª e 2ª oficinas, capacitação da equipe odontológica, tivemos a participação de 75,4% (46) dos 61 profissionais selecionados. E na 4ª e 5ª, aplicação junto aos adolescentes, obteve-se 42,62% (26) dos profissionais participantes do estudo.

Núcleo 2 - As potencialidades e transformações durante as oficinas

Emergiu nas narrativas dos profissionais potencialidades e transformações durante as oficinas, salientando-se:

- ❖ Abertura e curiosidade para novas aprendizagens: *“Eu sou aberta a aprender, gosto muito de aprender. Então acho que a gente quando participa de uma oficina [...] a gente nunca mais é a mesma pessoa.” (P20)*
- ❖ O aceite ao desafio em se aproximar das MAEA e conhecer uma nova abordagem de ES: *“Então.. eu vim conhecer melhor estas metodologias ativas e pra aplicar mesmo no dia a dia da gente e pra poder melhorar a qualidade, né, do nosso atendimento.” (P21)*
- ❖ O despertar para novas formas de ES e sensibilização para as MAEA: *“Acho que a palavra chave é interagir. Interagir com o público.” (P16). “É....e junto com a dinâmica, a problematização daquela situação, né, fazer o paciente pensar sobre aquilo e não só a gente falar.” (P18)*
- ❖ Novo olhar e novas perspectivas para ES demonstrando um repensar nas suas condutas e ações: *“Me veio um novo olhar, uma nova forma, né, de buscar... A gente tem que avaliar se a nossa conduta tá trazendo benefício ou não. É fazer o mesmo trabalho, mas com um novo olhar.” (P18).*

Na construção dos objetivos da ES para adolescentes verificou-se a utilização de verbos que apontam para importantes elementos das MAEA, dentre eles “interagir, discutir, despertar, trocar, mudar o olhar, incentivar”.

Houve um avanço, sob a perspectiva das MAEA, na construção das propostas de ES demonstrando um repensar de ações em suas falas: *“Então...o nosso objetivo é despertar, mudar o olhar, incentivar a troca de experiências, através da construção de um processo educativo. ” (P17). “Não adianta querer chegar no ambiente deles e impor. Precisa abrir o momento deles, pra eles falarem o que eles querem. ” (P21)*

Percebeu-se deslocamento dos profissionais, individual e coletivamente, no sentido de mudança de foco, isto é, de movimentar-se de uma abordagem transmissiva para as metodologias ativas. P15: *“O planejamento tem que ter flexibilidade, de repente cê chega lá no grupo não é nada daquilo, cê tem que ter jogo de cintura e mudar tudo. Se conseguir isso aí, tá dez, mil.”*

Na 4ª e 5ª oficinas, junto aos adolescentes, foram relatados diversos conflitos familiares. Assim, houve sensibilização e interação dos profissionais e manifestações de apoio. As oficinas constituíram-se em ambiente de proteção e sigilo, em que se estabeleceram vínculos e acolhimento aos adolescentes.

O educador fez seu papel de mediador, mas ao mesmo tempo foi criada uma relação de afeto com os adolescentes que possibilitou o vínculo. O P10 falou emocionado: *“E quantos vieram abraçar a gente... e a gente não falou NADA, ficou só observando. Uma vez eu aprendi que abraço é coração com coração, e eles fizeram isso, sem nunca ter visto a gente.”*

Alguns sentimentos como satisfação e gratidão pela participação na oficina junto aos adolescentes puderam ser observados nas narrativas dos profissionais. P8 relatou: *“Achei muito bonito assim, a maneira como foi tudo conduzido, conseguiu, né, tirar de melhor de cada um deles”*. P4 comentou: *“E é muito bom a gente poder sair um pouco do nosso trabalho pra ver esta realidade, que realmente tocou a todos nós aqui.”* P10 demonstrou gratidão por ter sido selecionado para o estudo: *“A gente foi privilegiado de ter sido escolhido para o trabalho também, né, porque no meio de tantos, né.”*

Núcleo 3 - As dificuldades, fragilidades e divergências

A fala do participante a seguir traz os conflitos, mesclando as potencialidades e as dificuldades no trabalho, e, por consequência na ES:

“Quando ela fez o convite, eh::: .eu achei muito interessante. Eu particularmente to muito cansada [...] eu não me sinto acolhida [...]. E eu to aqui pra isso, pra tentar buscar este estímulo novamente, né? pra voltar a acreditar. [...] eu sinto que eu preciso de um gás. Tô precisando também de colo, né? porque tá difícil.” (P19)

Compartilhamento de sentimentos entre os participantes versando sobre suas relações de trabalho com a gestão:

“A gente é cobrado, eles querem resultados, eles querem números. E pra gente fazer estas metodologias ativas, isso é ao longo do tempo. E nossos chefes,

coordenadores, tinham que fazer estes cursos de metodologias ativas, eles não sabem o que que é isso.” (P15)

Há concordância entre os participantes sobre a importância da decisão, do apoio e da compreensão da gestão municipal na implementação da ES baseada nas MAEA: “...pois se eles não comprarem a ideia nada acontece”; (P7) “Pode ter bons projetos e se a gente não souber passar pra quem realmente possa colocar em ação, fica tudo sem validade, né?” (P6)

Houve dificuldades em traçar objetivos e alinhar o roteiro para ES com os adolescentes. O planejamento permanece mesclado de ações pedagógicas transmissivas e ativas. Prevalece a elaboração de um roteiro de perguntas e temas de domínio dos educadores, refletindo com isto, um desconforto em serem confrontados com informações que possam desconhecer. Segundo P23, a preferência deve ser pela segurança: “Vamos abrir, mas restringir um pouquinho pro nosso tema, porque senão dá assunto pra manga.”

Os participantes apresentaram as dificuldades enfrentadas nas atividades de ES e dentre elas ressaltaram a falta de infraestrutura e carência de recursos materiais e didáticos para desenvolver suas atividades.

Oito participantes se dispuseram a ocupar a posição de planejadores e executores das MAEA junto à Oficina de Adolescentes e dezesseis manifestaram interesse em participar na função de observadores.

Núcleo 4 - Avaliação: os impactos na percepção do processo ensino-aprendizagem.

Na avaliação do processo ensino-aprendizagem, vivenciado pelos participantes, destacaram-se:

- ❖ A aproximação da concepção e principais elementos das MAEA, bem como, o empenho e o interesse em desenvolver ES: “Despertou o interesse que estava adormecido em compartilhar ideias.” (P12). “Foi gratificante participar dessas oficinas. Aprender e vivenciar metodologias ativas, para poder aplicá-la. Dinâmica e interação perfeitas. Obrigada!!”. (P4)
- ❖ Novas formas de refletir, estimulando novas atitudes e interesse em buscar a expansão da ES com base nas MAEA como na fala do P21, “Primeiramente a gente precisa se transformar pra transformar o outro, pra gente poder oferecer algo melhor, né?” E P8 comenta:

“A gente tem que tentar fazer uma promoção de forma transformadora, né? Não é simplesmente a gente falar, falar. Aquilo ali tem que ser importante e transformar a vida da pessoa de alguma forma, nem que seja num pequeno hábito.” (P8)

- ❖ Incremento na participação e Reflexão dos participantes e a contribuição com elementos importantes das MAEA, como a amorosidade e afetividade no ensino-aprendizagem, P8: *“Quando você respeita e valoriza a pessoa, o interesse dela muda.”* P16 salienta: *“Você tem que tocar o coração da pessoa. Uma palavra que cê fala, transforma. Você tem que abraçar a causa, se colocar no lugar do outro.”*
- ❖ A construção coletiva e a articulação entre os saberes estão presentes na fala do P20: *“Existe um ditado que é muito antigo, mas que é muito válido, é que uma cabeça pensa mais.... várias cabeças pensam mais que uma.”*
- ❖ A importância da escuta, P19 ressalta: *“A educação em saúde tem que ser tocante, a gente tem que ser sensível pra perceber onde é que a pessoa se sente incomodada.”*
- ❖ Na 4ª oficina, ficou evidente o interesse, o deslocamento e a sensibilização para o uso das abordagens ativas e reflexivas na ES.

“Para mim ficou claro que as metodologias ativas funcionam. Os jovens querem promover mudanças em si mesmo. Em se pensando em educação em saúde é necessário que se leve em conta o histórico de quem ouve para que a abordagem seja eficaz.” (P4).

- ❖ Sensibilização e reflexão quanto aos seus projetos de vida e trabalho, na fala de P1: *“O trabalho em si é incrível. Dá um gás pra gente trabalhar na UBS, dá um gás pra gente rever a vida.”*
- ❖ Fortaleceu e qualificou a reflexão crítica, construiu o que é possível, em pouco tempo, permitindo um “enfrentamento possível”, em contraposição ao “enfrentamento idealizado”, conforme P10: *“Não vai ser do dia pra noite, mas se todo mundo conseguir começar a pensar sobre isso, pode ser que o modelo de se fazer os grupos seja melhor.”*
- ❖ A necessidade de mudanças:

“Com certeza modificou a minha forma de olhar para novas ações em saúde bucal. Acho que o caminho é por aí mesmo. Digo mais, as oficinas deveriam ser implantadas a todo profissional que iniciasse no trabalho público. Contribuiu também para minha vida pessoal.” (P18)

- ❖ Troca de experiências e saberes, interação e escuta. *“Com certeza pensarei com mais cautela, na melhor maneira de abordar as minhas ações; ouvir mais; ser mais sensível; tentar me colocar no lugar do outro.” (P16)*

Dos vinte e seis profissionais que participaram das oficinas, 88,4% responderam aos temas, versando sobre a avaliação e contribuíram com as seguintes informações: 74% se

consideram motivados e em condições para desenvolver as MAEA na ES; 26% não se sentem motivados e justificam a partir das cobranças da gestão, considerando que há conflito entre atingir as metas dos atendimentos clínico-restauradores e assumir MAEA na ES, e em adição incluem seus sentimentos de desgaste, desestímulo e acomodação com o sistema de ES vigente, conforme P10: *“E tem coisas que não nos permitem. Fica tudo preso em papel, em metas”*. O P6 comenta:

“Então assim, pra gente exercer esse lado, tem que ter uma contrapartida. Tipo assim oh, quem vai fazer educação em saúde tem uma meta diferenciada. Precisa fazer outras coisas, não é só sentar na cadeira porque senão eu não mudo realidade.” (P6)

4 DISCUSSÃO

O perfil encontrado demonstra grande inserção das mulheres no mercado de trabalho e isso não constitui exceção na odontologia brasileira, pois desde a década de 1980, profissionais do gênero feminino é a maioria no Brasil³. Atesta bom nível de escolaridade e comprova que a força de trabalho não é recente, subentendendo-se que essas trabalhadoras já se apropriaram dos processos de trabalho no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Ocorre ES para todos os segmentos etários, sendo que ainda os grupos da infância e adolescência concentram atenção especial nessa atividade. Ressalta-se a necessidade de, também, incidir o olhar e as ações para grupos vulneráveis e negligenciados: pacientes em sofrimento psíquico, drogaditos e usuários de drogas, detentos, travestis, transexuais, transgêneros, situações de subempregos, dentre outros.

Constatou-se, segundo Behrens⁴ (2005), que as metodologias conservadoras têm sido a base para a formação dos profissionais de saúde, levando a uma atitude passiva e receptiva, sem a necessária crítica e reflexão. A graduação em saúde está centrada em conteúdos e baseada na pedagogia de transmissão. Desta forma, os profissionais oferecem o seu saber científico com segurança e domínio nessa atividade⁵.

Desse modo, compreende-se que a proposta de uma prática pedagógica inovadora abre possibilidades de transformação, formando um discente autônomo, capaz de construir uma aprendizagem significativa na ação-reflexão-ação⁶. A interação é essencial para favorecer e apoiar as relações interpessoais da aprendizagem, possibilitando o debate e troca de informações⁷.

As ações pedagógicas desenvolvidas foram demonstrando, gradualmente, sensibilização dos participantes para o uso das MAEA. Percebeu-se da 1ª a 5ª oficina um percurso repleto de sentimentos, permeados por apreensão e “olhares desacostumados” ao

compartilhamento de ideias, colaboração, interesse, interação e proposições de ações educacionais compartilhadas de modo democrático e respeitoso.

Averiguou-se que as “dinâmicas de quebra gelo”, mediadas por interfaces com os objetivos do encontro, são eficientes e facilitadoras para a interação de uns com os outros e criam oportunidades para construção de conhecimento coletivo⁸. Percebeu-se que a desmotivação interfere negativamente no processo de ensino-aprendizagem, assim, segundo os estudos de Moraes⁹ (2007), para atrair a atenção do aluno para um estudo, é necessário estimular os sentidos e aguçar a curiosidade por meio da utilização de recursos variados. Ao iniciar um trabalho educativo, é fundamental que cada um tenha a liberdade de se identificar com o grupo que lhe desperte interesse e que lhe traga um significado especial, contribuindo para uma ES baseada numa proposta criativa¹⁰.

Verificou-se que a experiência da ES em trabalhos grupais promove a reflexão e a produção coletiva do conhecimento, facilitando o desenvolvimento de processos reflexivos¹¹. Quando as expectativas são superadas, a qualidade pode ser considerada surpreendente¹². Porém, percebeu-se interesses e desinteresses em participar das discussões nos grupos e na plenária, contudo prevalecendo fortemente o interesse da maioria. Algumas características fortes foram percebidas nesse grupo, dentre elas a grande tendência em seguir normas, em contraposição à problematização, à reflexão e à crítica.

As oficinas se mostraram sensibilizadoras, mas insuficientes para os profissionais se apropriarem das ferramentas da MAEA. P10 argumentou que “*Seria bom mais encontros, assim, com mais profissionais. Acho que tem que envolver também outros profissionais da unidade. Talvez esta capacitação.*” Em contrapartida, frente à sensibilização e aproximação das MAEA identificadas, permanecem ainda equívocos na compreensão da concepção das MAEA.

Por sua vez, observou-se que a perspectiva dos profissionais sobre avaliação convergiu em “ação desenvolvida após o ocorrido”. Avaliar e planejar são processos que devem estar presentes no cotidiano dos trabalhos¹³, pois para planejar é necessário que se desenvolva o diálogo, a capacidade de discutir e de compreender o contexto, assegurando a construção mútua entre os sujeitos¹⁴.

Ressalta-se que também surgem incoerências, pois alguns participantes preferem planejar a ES com base no que dominam e não no interesse dos educandos. A postura de restringir parece ser a melhor opção para não ocorrer constrangimento/insegurança no papel de educador.

Constatou-se, por outro lado, o quanto o trabalho ocupa um lugar central na vida do homem¹⁵, visto que ele demanda ações, no sentido de suprir as necessidades dos trabalhadores. E quando essas expectativas não são atendidas, pode surgir a insatisfação, especialmente, quando o trabalho passa a ser realizado por meio de normas e rotinas¹⁶. Advindo disso, alegaram falta de materiais e infraestrutura nos serviços de saúde, tornando desestimulante a prática educativa. Entretanto, isso não impede a pro atividade do profissional em buscar novas estratégias de ensino. Sabe-se que é possível utilizar alternativas e outros instrumentos que viabilizem as atividades de ES e da formação profissional¹⁷.

Para a escolha e desenvolvimento das MAEA no cotidiano da ES os participantes relataram a necessidade de acolhimento e apoio da gestão municipal. O acolhimento e o vínculo devem estar interligados e articulados como partes do processo de trabalho. E isto pressupõe o encontro, a escuta, o diálogo e a responsabilização¹⁸.

Os estudos de Torres¹⁹ (2010) comprovam que o processo de atualização dos profissionais de saúde deve ser reconhecido como parte de um trabalho de educação permanente dos serviços. Para tal, deve-se promover espaços onde se estabeleça o diálogo e se desenvolva a percepção do estudante acerca do outro no cotidiano do cuidado. E a amorosidade e o diálogo são elementos indispensáveis para que ocorra o processo educativo²⁰.

Faz-se importante investir em uma educação mais crítica e questionadora. Na concepção problematizadora, os sujeitos são parte do processo de aprendizagem, o qual só acontece a partir de um desejo e escolha do aprendiz quando compreende a sua realidade²¹. Necessário se faz proporcionar aos trabalhadores oportunidades para que se sintam bem em relação às suas conquistas. Precisam ser ouvidos, valorizados pelo seu potencial, reconhecidos pelos seus pares²².

5 CONCLUSÕES

O estudo cumpre com a sensibilização da equipe de saúde bucal para reflexões mais críticas sobre sua prática de educação em saúde e as mudanças necessárias para transformar a realidade em que vivem de modo apropriado, democrático e respeitoso. Possibilitou, também, rediscutir a abordagem pedagógica da ES no SUS, no sentido das metodologias construtivistas, em especial as ativas de ensino–aprendizagem, destacando elementos importantes como o vínculo, o protagonismo do educando, bem como o respeito ao seu contexto, e a imprescindibilidade de um interesse honesto e verdadeiro pelo outro, que tem um repertório, seus conhecimentos prévios, sua história e de um sujeito que acumulou e associou saberes diferentes do educador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo MFS, Neto JFR, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras de Enferm.* 2010;63(1):117-21.
2. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
3. Maciel CF, Barcellos LA, Miotto MHM. Perfil dos cirurgiões-dentistas do programa de saúde da família da grande vitória. *Rev Odontol UFES.* 2006;8(3):31-37.
4. Behrens MA. *O paradigma emergente e a prática pedagógica*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
5. Carvalho YM, Ceccim RB. *Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Tratado da Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
6. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(supl2):2133-44.
7. Selvero CM. *A importância da interação na aprendizagem de língua estrangeira à distância*. Rio Grande do Sul. Dissertação [Especialização em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação] - Universidade Federal de Santa Maria, 2014.
8. Conrad RM, Donaldson JA. *Engaging the Online Learner: Activities and Resources for Creative Instruction*. 1ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2011.
9. Moraes CR, Varela S. Motivação do Aluno Durante o Processo de Ensino-Aprendizagem. *Rev Eletr de Educação*. 2007; ano I (1):1-15.
10. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):397-403.
11. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005;26(2):147-53.
12. Fitzsimmons JÁ, Fitzsimmons MJ. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
13. Hoffman J. *Avaliar para promover: as setas do caminho*. 15ª ed. Porto Alegre: Mediação; 2014.
14. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):38-42.

15. Marqueze EC, Moreno CRC. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2005; 30(112):69-79.
16. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(2):252-7.
17. Dias BJ, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
18. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*. 2010;9(2):358-65.
19. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(6):751-6.
20. Freire P. Comunicação e Extensão. 10ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
21. Freire P. Pedagogia do oprimido. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
22. Volpato M, Cimbalista S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. *Rev FAE*. 2002;5(3):75-86.
23. Barillaro A. Piper. [Acesso em 26 de jan. 2018]. Disponível em: <https://amenteemaravilhosa.com.br/piper-curtas-cativantes-disney>.
24. Lara DM, Méndez RC. Alike. [Acesso em 26 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UATPH44jRSw>.
25. Freitas, R. 7 Coisas que você deveria Saber sobre os Adolescentes. [Acesso em 26 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yEGiBq-tzAY>.

6.2. ARTIGO II:

Educação em saúde no segmento adolescente sob a perspectiva das metodologias ativas de ensino-aprendizagem: relato de experiência

Educación en salud en el segmento adolescente bajo la perspectiva de las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje: relato de experiencia

Health education in the adolescent segment from the perspective of active teaching-learning methodologies: experience report

Maria Inês Miranda Pacheco Borges*, Liliane Parreira Tannús Gontijo**, Marisa Aparecida Elias***, Daniella Aparecida de Sousa Alves****, Eduarda Franco Rocha Gonçalves****, Isabel Cristiane de Noronha****, Thiago Artur de Moraes****

*Mestranda de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

**Professora Doutora Titular da área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - MG. E-mail: lilianetannus1@gmail.com

***Professora Doutora Titular da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

****Residente da Área de Concentração em Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Uberlândia – MG.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência da prática da educação em saúde, com ênfase no autocuidado bucal e fundamentado nas Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA). As metodologias ativas possuem, dentre suas características, o deslocamento do protagonismo do educador para o educando, incentivando a sua inserção como principal responsável pela sua aprendizagem. Objetivou interagir, debater e promover a saúde e o autocuidado, com destaque na saúde bucal, de acordo com a realidade do grupo de adolescentes no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. O estudo foi desenvolvido por meio de duas oficinas, totalizando a participação de 40 adolescentes, em dias distintos e sequenciados. Centrou-se na reflexão do cotidiano, nos interesses, necessidades e nos contextos social e cultural dos adolescentes, buscando estimular um processo de desconstrução/construção de conhecimentos, propiciando a busca de novos e diferentes saberes. A experiência da prática educativa relatada recebeu avaliação positiva e confirmatória na percepção de seus educandos, bem como facilitou o diálogo e a interação entre os mediadores e adolescentes. Verificou-se a participação intensa dos adolescentes durante as oficinas e a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde, ligada aos problemas da vida. A prática educativa promoveu a construção de possibilidades compartilhadas ao lidar com adversidades cotidianas e conflitos familiares, pois revelou-se exitosa e repleta de potencialidades crítico-reflexivas na tomada de decisão em saúde, segundo a visão dos adolescentes.

DESCRIPTORES: Adolescentes. Educação em Saúde. Aprendizagem.

RESUMEN

Se trata de un relato de experiencia de la práctica de la educación en salud, con énfasis en el autocuidado bucal y fundamentado en las Metodologías Activas de Enseñanza-Aprendizaje (MAEA). Las metodologías activas poseen, entre sus características, el desplazamiento del protagonismo del educador al educando, incentivando su inserción como principal responsable por su aprendizaje. El objetivo de interactuar, debatir y promover la salud y el autocuidado, con destaque en la salud bucal, de acuerdo con la realidad del grupo de adolescentes en el contexto del Sistema Único de Salud - SUS. El estudio fue desarrollado por medio de dos talleres, totalizando la participación de 40 adolescentes, en días distintos y secuenciados. Se centró en la reflexión de lo cotidiano, en los intereses, necesidades y en los contextos sociales y culturales de los adolescentes, buscando estimular un proceso de

deconstrucción / construcción de conocimientos, propiciando la búsqueda de nuevos y diferentes saberes. La experiencia de la práctica educativa relatada recibió una evaluación positiva y confirmatoria en la percepción de sus educandos, así como facilitó el diálogo y la interacción entre los mediadores y los adolescentes. Se verificó la participación intensa de los adolescentes durante los talleres y la reflexión crítica sobre el cuidado en salud, ligada a los problemas de la vida. La práctica educativa promovió la construcción de posibilidades compartidas al lidiar con adversidades cotidianas y conflictos familiares, pues se reveló exitosa y repleta de potencialidades crítico-reflexivas en la toma de decisión en salud, según la visión de los adolescentes.

DESCRIPTORES: Adolescentes. Educación en Salud. Aprendizaje.

ABSTRACT

This is an experience report on the practice of health education, with emphasis on oral self-care and based on Active Teaching-Learning Methodologies (MAEA). The active methodologies have, among their characteristics, the displacement of the protagonism of the educator to the student, encouraging their insertion as the main responsible for their learning. It aimed to interact, debate and promote health and self-care, with emphasis on oral health, according to the reality of the group of adolescents in the context of the Unified Health System - SUS. The study was developed through two workshops, totaling the participation of 40 adolescents, on different days and sequenced. It focused on the reflection of daily life, interests, needs and the social and cultural contexts of adolescents, seeking to stimulate a process of deconstruction / construction of knowledge, propitiating the search for new and different knowledge. The experience of the educational practice reported received a positive and confirmatory evaluation in the perception of its students, as well as facilitated the dialogue and the interaction between the mediators and adolescents. There was intense participation of adolescents during workshops and critical reflection on health care, linked to life problems. The educational practice promoted the construction of shared possibilities in dealing with daily adversities and family conflicts, as it proved to be successful and full of critical-reflexive potentialities in health decision-making, according to adolescents' view.

DESCRIPTORS: Adolescents. Health Education. Learning

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase dinâmica, complexa e merece uma atenção especial, visto que é nesta que existe uma maior exposição às situações de risco, levando a uma maior predisposição aos agravos. Dessa forma, é necessário que as ações dirigidas aos adolescentes estimulem o seu autocuidado e o seu potencial criativo e resolutivo¹.

A educação em saúde (ES) é fator importante para modificar comportamentos em saúde, principalmente se fundamentada numa pedagogia participativa². Verifica-se que a ES tem se pautado preferencialmente no método de transmissão de conhecimentos, sem considerar os interesses, necessidades e o contexto da população a ser trabalhada³.

Necessário, portanto, repensar a ES numa abordagem crítico-reflexiva. Diante disto, este relato de experiência fundamentou-se nas abordagens educacionais construtivistas, com destaque para as Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA), as quais têm seu alicerce no princípio da autonomia, em que o aprendiz é capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação, levando a uma abordagem em que o indivíduo constrói a sua própria história⁴. E a escola é um local privilegiado para as referidas práticas, onde os adolescentes têm a oportunidade de socializar e conviver com novas realidades e diferentes culturas⁵.

Nessa perspectiva, o estudo elegeu adolescentes de uma escola pública para implementar uma prática educativa em saúde, com base nas MAEA, a fim de estimular o caráter crítico e reflexivo e possivelmente transformador. Objetivou-se interagir, debater e promover a saúde e o autocuidado, com ênfase na saúde bucal, de acordo com a realidade do grupo de adolescentes.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estudo foi desenvolvido durante 4 meses, em 2017, com adolescentes de uma escola municipal de ensino fundamental, promovido por pesquisadores da Universidade Federal e profissionais da equipe odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, situado em Minas Gerais, na Região do Triângulo Mineiro.

A amostra ocorreu por meio da seleção de 40 adolescentes, em dois grupos de 20 participantes. A abordagem e o recrutamento foram realizados pela direção da escola, com o apoio dos pesquisadores. Foram realizadas duas oficinas, aplicadas em dias sequenciados, com carga horária de quatro horas/dia, com base nas MAEA. As oficinas foram realizadas na

própria escola, em horário extraclasse, garantindo ambiente de sigilo e de rotina dos adolescentes. Participaram também dessas oficinas 26 profissionais da equipe odontológica da rede SUS, na modalidade de observadores e executores. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, quando fossem apresentados os resultados, utilizou-se a sigla “A” para adolescentes.

A análise de conteúdo temática baseou-se na técnica de Bardin⁶ (2011), considerando as variáveis qualitativas, subdivididas em quatro núcleos de sentido. O quadro 2 sintetiza os objetivos e principais ações pedagógicas das duas oficinas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE, 61266716.1.0000.5152.

Quadro 2 Objetivos e ações pedagógicas das oficinas realizadas com adolescentes de Uberlândia/MG, 2017

Oficinas	Ações Pedagógicas
Objetivo	Interagir, debater e promover a saúde e o autocuidado, com ênfase na saúde bucal, de acordo com a realidade do grupo de adolescentes.
1ª	<p>Subdividida em 4 etapas:</p> <p>1ª etapa: Apresentação em modalidade dialogada dos participantes do estudo, mediante expressão de seus nomes e de seu lazer.</p> <p>2ª etapa: Vídeo: “7 Coisas que você deveria saber sobre os adolescentes^{5,16}” – ação pedagógica denominada faísca educacional. Objetivou dar vazão às emoções, sentimentos e percepções dos adolescentes. Ação de compartilhamento, a partir do recurso da tarjeta/pincel atômico, expressão de uma palavra ou pequena frase, sentimento, emoções e percepções, estimuladas pelo vídeo.</p> <p>3ª etapa: Trabalho em grupos. Organizou-se uma mesa no canto da sala com materiais educativos lúdicos em saúde, tendo em vista subsidiar o trabalho e atrair os adolescentes, para visualização e leitura do material selecionado.</p> <p><i>Consigna:</i> debater e registrar, em cartazes, com diferentes possibilidades lúdicas, as respostas acordadas pelos membros do grupo, referentes a três questionamentos: (1) O que é ter saúde (para você e para o seu grupo)? (2) O que é ter saúde bucal? e (3) Qual a doença que te preocupa? (No sentido de doença/agravo que tem receio em adquirir). Em cada grupo participou um profissional de saúde, como facilitador para acompanhar os trabalhos e as discussões, favorecendo a autonomia dos adolescentes na condução do grupo e no processamento das respostas.</p> <p>4ª etapa: Expressou-se em uma pequena frase, depositando numa urna perguntas que gostariam de saber sobre saúde (geral e bucal). Os adolescentes foram estimulados a participar na oficina subsequente a partir de seus talentos artísticos (música, pintura, dança, etc.)</p>
2ª	<p>Subdividida em 3 etapas:</p> <p>1ª etapa: Plenária. Apresentação dos cartazes produzidos nos grupos na oficina anterior</p>

⁵ Vídeo apresentado por Talyta Flores com direção de Rogério Freitas. O vídeo relata as 7 coisas que você deveria saber sobre os adolescentes, mostrando que um turbilhão de mudanças acontece no corpo e na cabeça desses quase adultos e se é difícil para quem tem que lidar, imagina como é para quem está vivendo tudo isso na pele.

	<p>com debate e compartilhamento.</p> <p>2a etapa: Dialogo sobre as perguntas depositadas nas urnas, buscando as respostas nos próprios adolescentes (a partir de seus conhecimentos prévios e visões de mundo), alinhando pensamentos, compreensões e contextualizando, continuamente, sob a perspectiva dos enfrentamentos possíveis frente a realidade dos mesmos.</p> <p>3a etapa: Avaliação das oficinas. Expressou-se em uma palavra ou pequena frase, depositando numa urna (caixa de sentimentos) a avaliação sobre a experiência pedagógica vivida, por intermédio do questionamento: Como foi para você participar destas oficinas?</p> <p>4ª etapa: Compartilhamento dos talentos dos adolescentes, associando-os aos temas referentes a vida e saúde.</p>
--	--

Núcleo 1 - Como os participantes chegaram?

Percebeu-se a necessidade de aproximação prévia dos pesquisadores antes do desenvolvimento das oficinas, junto aos sujeitos do estudo, objetivando interação e reconhecimento do clima organizacional da escola, sendo que nessa oportunidade processou-se a construção dos temas da ES, a partir do interesse dos adolescentes.

Observou-se receptividade ao estudo e, logo ao primeiro contato, os adolescentes demonstraram espontaneidade, interesse e motivação para a presente proposta. Permaneceram bem à vontade em relacionar os temas de interesse e conhecimento e mantiveram-se eufóricos quando surgiu o interesse pelos temas sexualidade e sexo oral, ratificando, novamente, despojamento, fluidez na abordagem do tema e não constrangimento frente à presença de profissionais externos à escola.

Na primeira oficina, os adolescentes foram recepcionados com um lanche, tendo como intencionalidade educacional as boas-vindas ao espaço pedagógico, socialização e interação entre os participantes, educandos e educadores. Expressou-se em momento importante de acolhimento e descontração. Os adolescentes inicialmente se mostraram desconfiados, mas muito animados e eufóricos. Na introdução das primeiras conversas foi comum prevalecer a timidez, cochichos uns com os outros, receio em se expor, expressões gestuais representativas de embaraço e inibição, todavia, em pouco tempo observou-se a transposição para a interação, destemidez, extroversão e sociabilidade.

Coexistiu nas falas dos adolescentes suas expectativas e avaliação em julgar que ia ser um encontro como tantos outros. *“Eu achei que ia ser ruim, mas foi legal.” (A13).* *“Eu também confesso que eu achei que ia ser chato, mas foi divertido.” (A10).*

Na plenária da 2ª oficina, os questionamentos depositados nas urnas pelos adolescentes foram agrupados pelos pesquisadores em núcleos de sentido para proporcionar

agilidade e contemplar o diálogo das indagações, dentre elas: (1) questões da vida/relações/encontros/família e sexualidade; (2) saúde geral e (3) saúde bucal.

Os adolescentes estavam animados e curiosos, pois era o momento de tirar as dúvidas sobre vários temas elaborados a partir de seus interesses e proveitos. Alguns se mostraram tímidos e com receio de que pudessem ser identificados a partir de seus questionamentos. Contudo, à medida que perceberam a preservação do sigilo e anonimato dos autores das perguntas, notou-se, gradativamente, intensa participação concomitante à diminuição das inquietudes.

Ao final da oficina foi realizada a avaliação, partindo de uma palavra representativa das suas expectativas frente a ES realizada. Os adolescentes estavam animados e sensibilizados, considerando o acolhimento experienciado. Houve unanimidade ao expressarem gratidão e entusiasmo em participar desses encontros e o desejo de continuidade e criação de outros momentos como esses, observado nas falas: *“Participar destas oficinas foi muito bom, pois podemos desabafar conversar entre outras coisas. Obrigada!” A17. Eu gostei bastante. “Devíamos realizar mais encontros até o final do ano.” A12.*

Núcleo 2 - As potencialidades e transformações durante as oficinas

A ação educacional, com finalidade de apresentação na 1ª oficina, proporcionou momentos de descontração e os adolescentes exprimiram despreocupação e serenidade, demonstrando não constrangimento. Nessa dinâmica, os adolescentes caracterizaram sua concepção de lazer sob a perspectiva da associação com boas práticas de saúde, explicitados em manifestações do tipo: *“O que eu entendo de lazer, é um momento de descanso, que a gente pode fazer o que a gente quer e quando der vontade.” (A2). “Algo que você sente prazer em fazer.” (A4).*

A intencionalidade educacional, de aproximação/conhecimento/interação ao mundo adolescente e promoção de associações entre “os momentos de lazer”, com a necessária busca de equilíbrio e saúde, se cumpriu, visto que se observou envolvimento e diversão entre os adolescentes com a ação proposta.

No grupo participante pode-se identificar muitas habilidades artísticas no campo da música, dança e esportes como detectado nas falas: *“Eu gosto muito de desenhar, de cantar.” (A9). “Meu prazer é sair com amigos, ficar com a família e praticar esportes.” (A4).* Nessa oportunidade, os adolescentes foram convidados a compartilhar seus talentos na oficina subsequente.

Após a ação faísca educacional, os adolescentes compartilharam suas emoções, articulando o que os tocou mais fortemente e abriu-se um diálogo sobre os assuntos de seus interesses. Dos temas abordados, o uso de drogas lícitas e ilícitas foi uma das questões mencionadas de grande fascínio. O A7 expressou a questão do “não julgar”:

“Tem que ter muito respeito, né por estas pessoas, porque não é a toa que ela tá ali usando droga, né. Às vezes o pai não ama, a mãe não ama. Tem muitas pessoas que falam, seu caráter é com quem você anda. Eu acho que não tem a nada a ver, eu fico muito em praça, já me ofereceram mas eu nunca usei, porque eu não quero acabar com minha saúde, entendeu?” (A7)

Foram abordados também temas sobre namoros, relacionamentos, amizades e temas gerais como evitar espinhas e como prevenir infecções sexualmente transmissíveis - IST. Ocorreram vários momentos de discussões, nas quais os adolescentes mostraram maturidade, reflexão e ponderação. São jovens inteligentes, críticos e questionadores como nas narrativas: *“Cada um tem seu jeito. A gente tem que saber dialogar, adaptar cada um em si.” (A2)*. *“Às vezes as pessoas pra aprenderem, elas precisam passar por alguns processos de decepções, de errar pra poder acertar.” (A1)*.

O trabalho em grupo configurou-se em atividade educacional dinâmica e criativa, em que os adolescentes puderam compartilhar suas ideias. O conhecimento no coletivo foi sendo construído e alegremente trabalhado entre os adolescentes e os mediadores. Desta forma, foi relevante o envolvimento dos adolescentes, cada um ao seu jeito, promovendo assim nova aproximação entre pesquisadores e sujeitos do estudo, fortalecendo a interação e apropriação da visão de mundo e realidade dos mesmos.

Ao final da oficina houve sensibilização e responsabilização entre adolescentes e pesquisadores na busca de temas de interesse, visando a dialogia no encontro seguinte.

Na plenária dos trabalhos em grupo notou-se que os adolescentes sistematizaram suas ideias com respostas objetivas e comprometidas com a abordagem em saúde ampla e integral. Deste modo, notou-se que eles compreendem saúde, por meio de suas exposições, a partir de “uma vida estável, tranquila e sem preocupações”. Nesse momento, emergiu a polêmica do padrão de beleza imposto pela mídia (magreza, “fitinização”, etc.). Um adolescente pronunciou: *“Fora capitalismo”*, mas o A1 já argumentou com uma fala que levantou aplausos: *“Querendo ou não a gente vive dele. É algo chamativo [...] nos proporciona mais vontades, mais prazeres, mais lazeres. O capitalismo faz parte da população, a gente não precisa acabar com ele, mas precisa saber lidar com ele.”*

E, também, traz ideias mais otimistas como na fala do A5: *“Ter saúde é sentir bem, se olhar no espelho e gostar do que vê.”* Abordaram também a questão da saúde mental de uma forma bem consciente e equilibrada, exprimindo suas preocupações em relação à depressão, ansiedade e estresse exagerado. Houve momentos de descontração, dentre eles, quando o A6 disse: *“Ter saúde mental... uai, sei lá, não ser doido, sei lá.”*

Outros já demonstraram autoestima alta como menciona o A10: *“Eu me acho super bonito, bonito do meu jeito e do jeito da minha mãe.”* Foi importante a abordagem trazida pelos pesquisadores sobre autoestima e saúde, pois promoveu a reflexão sobre a importância do resgate do amor próprio e da importância da valorização pessoal. Explicitaram gratidão pelo espaço educativo e pela atenção e respeito deferida aos mesmos, como nas falas: *“Foi ótimo! Amamos tia, amamos’.* (A5).” *Foi muito bom, com certeza quero que tenha mais trabalhos como esse. “Eu estou aliviada agora, estou melhor comigo mesmo e minha saúde mental está renovada.”* (A10).

Os adolescentes escolheram os temas de maior interesse para início e processamento do diálogo. Representou um momento de escuta ampliada, pois relataram seus questionamentos, conflitos e inseguranças. As discussões começaram a partir da pergunta - “Por que nós existimos?”, isto é, problematizaram os propósitos da vida, as razões, os objetivos e o sentido de tudo. Correspondeu as discussões sensatas e equilibradas, conforme a fala do A5: *“Se a gente tá aqui é porque tem algum propósito, melhorar o mundo de alguma forma. Então você não tem que pensar porque você existe você tem que pensar o que você vai fazer pra tornar este novo lugar melhor futuramente.”*

As falas dos adolescentes sobre saúde bucal foram previsíveis e mostraram um discurso convencional, versando sobre o conhecimento básico sobre hábitos de higienização e prevenção sobre doenças bucais. Os questionamentos sobre esse tema recaíram sobre as doenças transmitidas pelo beijo, aftas, dentre outras. O diálogo mais esperado revelou-se na resposta à pergunta sobre - “Como fazer sexo oral?”. Traduziu-se em momento de euforia, contudo, os mediadores conduziram as discussões de forma tranquila, e observou-se que os adolescentes se sentiram à vontade para fazer comentários, como do tipo do A1: *“Porque fazer sexo oral? Porque é legal.”* Outros já se sentiram constrangidos e questionaram: *“Como alguém poderia ter feito uma pergunta dessas?”* Após as orientações e esclarecimentos, abordados de forma natural e espontânea, os próprios adolescentes concluíram que “cada um tem que fazer aquilo que te faz bem e ao outro, simultaneamente”.

Surgiram também questões no campo do namoro, gravidez, a prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, “pílula do dia seguinte” e opção/condição sexual.

Quanto ao uso da camisinha um adolescente questionou: “o que fazer quando ficar com um menino e ele não quer usar preservativo?” A14 se pronunciou: *“A gente tem que saber quem faz bem pra gente, essa pessoa aí não faz bem não.”*

Nesses encontros, os adolescentes puderam expressar suas angústias sem críticas e julgamentos e revelaram ter sido um momento importante de escuta, conforme os relatos: *“Achei interessante! Abordamos diversos assuntos e tiramos dúvidas que talvez tínhamos vergonha de conversar com alguém.” A2. “Foi muito prazeroso conversar com pessoas que nos entendem. Obrigado!” A8. “Achei muito bom. Eu aprendi muitas coisas boas e me aliviei um pouco, quero bizz.” A15.*

Os alunos se reuniram ao final e fizeram um agradecimento com entrega de ramalhete de flores para os pesquisadores com aplauso de todos. A15 agradeceu:

“Eu queria agradecer em nome da turma, a presença de vocês, por ensinar a gente mais do que a gente já sabe, né. Por ter tocado no coração da gente, ter feito a gente ser mais, entendeu? Essas flores tá representando todas vocês, com amor e carinho de todos nós.” (A15).

A professora dos alunos fez também os agradecimentos e fez um relato:

“Nós só temos a agradecer essa oportunidade de concluir este aprendizado. Desde ontem eu to recebendo nas mensagens, o quanto eles queriam dobrar de turno pra tá aqui com vocês. Então é muito bom, muito obrigada mesmo, de coração. A gente entregou assim um bilhetinho pra vocês de agradecimento e um bombozinho de bis, é porque a gente realmente quer um bis, que vocês retornem à nossa escola, por favor. Foi muito gratificante!!”

Quanto aos profissionais que estavam participando, na modalidade de observação, ao manterem-se calados e na condição de espectadores, demonstraram respeito e proteção ao ambiente de sigilo, solicitude e aconchego, onde os adolescentes manifestaram que sentiram-se acolhidos por todos os presentes no espaço educativo.

O oferecimento de lanches, simples, mas bem servidos, ao final de cada encontro, favoreceu a socialização da comunidade de aprendizagem na construção e na consolidação da interação e potencialização de vínculos no grupo, conforme observado nas falas: *“Quando a professora falou que ia ter comida, eu animei.” A13. “Queria ter mais encontros, não é por causa do lanche, mas por causa que foi bom mesmo.” A7.*

Núcleo 3 - As dificuldades, fragilidades e divergências

Já na primeira oficina vieram à tona “segredos” e experiências íntimas de alguns adolescentes, trazendo a reflexão. O depoimento de uma adolescente foi muito marcante, pois ela logo no início se abriu, sem demonstrar constrangimento.

“O que eu gosto é de dançar, mas meu pai não deixa porque diz que isso é coisa pra puta. [...] E também não gosto de ficar com minha família, porque eles nunca me entendem. Eu tinha um namorado e eu descobri que fazia coisas erradas e quando terminei com ele ficou me jurando de morte [...] até matarem ele e eu achei muito bom. A minha mãe quer me obrigar a ser evangélica, mas eu acho que isso não é comigo. Eu também tenho um padrasto e eu sempre odiei [...]” (A13).

O espaço educativo, disponível a escuta e com base na dialogia, estimulou os depoimentos de vida repletos de conflitos familiares, de gerações e de relações presentes na vida dos adolescentes. Constatou-se nessa experiência exitosa o alcance de um ambiente educativo acolhedor, a promoção da confiança para compartilhamentos de angústias, tanto com seus pares, quanto junto aos mediadores de aprendizagem.

Alguns relatos dos adolescentes foram contundentes e reveladores: *“Muitas vezes os adultos não entendem que na nossa mente é tudo uma bagunça, de vez em quando a gente fica triste, estressado, que é uma bagunça.” (A9).* *“É... às vezes na adolescência a gente vai muito pela emoção e não pela razão.” (A1).* *“Quando tá muito bagunçada a minha cabeça, muito conflito, eu durmo. Eu durmo pra ajeitar, e aí ajeita, quando amanhece no outro dia, eu to melhor” (A7).*

Os conflitos familiares apareceram muito fortes, e as relações familiares com peso decisivo e significativo na vida e saúde dos adolescentes. Eles Trouxeram muitas angústias e questionamentos como nos depoimentos:

“Eu acho que os pais têm que entender que a nossa felicidade é diferente da deles. E a maioria das minhas brigas com minha mãe é porque ela quer que eu faça uma coisa que eu não quero fazer. É o que ela sonhou pra mim, mas não é o meu sonho.” (A9)

“Dói muito o desprezo da minha mãe biológica. Melhor ter uma mãe grossa, do que te desprezar, como cê não fosse ninguém, da família dela. Então eu prefiro encarar uma briga do que tá passando pelo que tô passando.” (A6)

Na plenária do trabalho em grupo abordaram questões de alimentação saudável, exercícios físicos, higiene e autoestima. Alguns participantes apresentaram autoestima baixa e várias carências afetivas. Alguns relataram não gostar de se olhar no espelho. O câncer foi uma das doenças citadas de maior preocupação para esse grupo, haja vista seu caráter incurável e o medo de morrer. Reconhecem a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS, a diabetes e a depressão como doenças prevalentes do século XXI e durante o processo

mencionaram sobre outras doenças comuns em seu convívio dentre elas: dengue, malária, *Human Papiloma Virus* - HPV e Zika Vírus.

A compreensão da existência de doenças curáveis e, por outro lado, as controláveis, no processo de ensino-aprendizagem do encontro, resultou no aprofundamento de uma questão ampla e contemporânea, fruto da crítica do processo saúde-doença-cuidado, objeto das MAEA nessa prática educativa.

A temática “relações familiares” foi recorrente e ocorreu a partir da indagação de um adolescente sobre: “O que fazer quando a sua família não te aceita?” As reflexões partiram do pressuposto de que a primeira ação nesse caso é se conhecer e, constantemente, realizar reflexão crítica sobre a vida e promover espaços de diálogo.

Outro questionamento referiu-se a como proceder frente a falta de amor da mãe. Um adolescente concedeu seu depoimento, mostrando que na sua visão, apesar de não ter esse amor materno, ele considera que lida bem com esse tipo de sentimento.

“Eu nunca tive amor da minha mãe e nem do meu pai, sabe. Eu sou super alegre, e tal, quem me vê feliz desse jeito, nunca pensou que eu enfrento por estas coisas. Eu sou um cara bem alegre e nunca precisei do amor da minha mãe e nem do meu pai pra me fazer feliz. Eu fui procurar amor em outras coisas que me faziam feliz. Meus amigos também me fazem super feliz.” (A7).

Os facilitadores tentaram acolher e promover a reflexão sobre as dificuldades deles com os pais, porém esses assuntos mostram que um maior conhecimento sobre questões psicológicas é importante para os profissionais que se dispuserem a desenvolver saúde.

Houve discussão calorosa nas questões: “Por que as pessoas são tão falsas? E por que temos inimigos?” Os adolescentes demonstraram, com espontaneidade, conflitos e decepções nas amizades, justificando com argumentos próprios, delegados aos sentimentos da inveja, falta de amor próprio e pessoas com comportamento dissimulado. A12 tentou definir um conceito do que é ser falso: “*Eu acho que é porque tem pessoas que tem inveja do que você tem, e ao invés de cuidar da vida dela, vai cuidar da gente.*” Concluíram, no coletivo, que o importante é “refletir antes de fazer as coisas”.

Ficou claro a necessidade do diálogo, da escuta sem julgamento e sem “sermão da montanha”, ditando normas preestabelecidas, mas construindo as possibilidades de forma conjunta e dialogada. Ficou explícita a dificuldade em enfrentar essa fase. A6 relata: “*É uma fase, ninguém me ama, ninguém me quer.*” A 14 mostra a sua angústia: “*Não é muito fácil de passar esta fase, e não tá passando.*”

A grande demanda de questionamentos dos adolescentes não permitiu contemplar a discussão plena de todos os temas abordados. Porém, os encontros primaram pelo desenvolvimento de vínculos de confiança entre pesquisadores e adolescentes e entre eles mesmos, expondo-se espontaneamente, revelando seus medos, suas dúvidas e se abrindo ao diálogo, proporcionando um rico espaço de discussão e reflexão-crítica.

Núcleo 4 - Avaliação: os impactos na percepção do processo ensino-aprendizagem.

A oficina 1 foi considerada pelos adolescentes momento educativo de construção, interação em que puderam discutir assuntos da sua realidade e também trouxe reflexões aflorando muitos sentimentos. A2 relata aprendizagem significativa:

“Então estas reuniões assim, pode não parecer, é só uma reunião, tal, mas não, elas vão servir para o nosso futuro. Então isso vai ajudar muito a gente, se um dia a gente for pai, eu vou guardar isso sempre na lembrança, pra eu poder respeitar meu filho.” (A2).

O formato das oficinas proporcionaram aos adolescentes momentos de reflexão-crítica, aprendizagem e o reconhecimento da necessidade de mais encontros com as características dos elementos das MAEA, como mostra a pergunta do A9: *“Podemos ter mais encontros como esses?”* Manifestaram satisfação, oportunidade para o diálogo, presença de liberdade ao conversar sobre qualquer assunto e espaço favorável aos desabafos. A5 expressou: *“No meu caso, eu sou uma pessoa, tipo, junto muito as coisas, e às vezes desabafar é muito bom, se a gente não desabafa a gente acaba surtando.”*

Após análise e discussão da equipe executora, referente às avaliações advindas dos adolescentes, verificou-se que de forma geral a prática educativa impactou positivamente os adolescentes. Nesses registros, as expressões “incrível e sensacional”, “maravilhoso”, “foi muito bom”, “ótimo e extraordinário”, foram bem recorrentes e vistas de forma muito positiva pela equipe de mediadores. Falas mostraram que a oportunidade de participação neste projeto, marcou de alguma forma as suas vidas e aprendizados, conforme A8: *“Foi incrível! São aprendizados que levarei para sempre.” A15 comenta:*

“Bom gostei de ser acolhida muito bem por todos. E o projeto foi o melhor que já participei. Quero agradecer a todos que me deram força e que me ajudaram a me reerguer. Vocês são as melhores mães e pessoas do mundo. Te amamos!!” (A15)

Em relação ao conteúdo abordado nas oficinas, foi possível perceber que o grupo de adolescentes se sentiu majoritariamente contemplado, porque expressões como *“tiramos*

dúvidas que talvez tínhamos vergonha de conversar”, “aprendi muitas coisas”, “aprendizado que levarei para sempre”, apareceram repetidas vezes.

Um dos princípios das metodologias ativas é a construção coletiva do conhecimento. Muitos registros, dentre eles: *“tivemos a oportunidade de aprender”, “aprendi muitas coisas que não sabia sobre saúde”, “tiramos dúvidas”, “pudemos desabafar e conversar entre outras coisas”,* permitiram a percepção desse conhecimento.

A partir do que os adolescentes escreveram, como por exemplo: *“foi prazeroso conversar com pessoas que nos entendem”, “me aliviei um pouco”, “quero bizz”, “gostei de ser acolhida por todos”,* foi possível perceber que a metodologia utilizada resultou em ambiente apropriado ao ensino-aprendizado ativo.

Após os agradecimentos, os adolescentes vieram espontaneamente nos abraçar demonstrando afetivamente que o espaço pedagógico foi significativo para os mesmos. Ao final da oficina 2, houve um momento de confraternização revelando suas músicas, desenhos e danças. Os adolescentes estavam sensibilizados e motivados a realizar essa atividade. Salienta-se que esse momento artístico e lúdico, ao final da oficina, atingiu seus objetivos de socialização, construção de conhecimentos e aproximação entre adolescentes e equipe executora. Favoreceu também a criatividade e foi um dos pontos fortes da prática avaliativa das oficinas.

3 CONCLUSÕES

É contundente no relato dessa experiência a construção do processo de ensino-aprendizagem a partir dos conhecimentos prévios e vivências dos adolescentes em seu contexto real de vida e conflitos efervescentes no período de transição entre a infância e a vida adulta. Constituiu-se essencial partir do interesse deles, despertando curiosidade e envolvimento, tornando-os protagonistas desse percurso educacional.

Na metodologia participativa, os adolescentes selecionam os temas a serem abordados/debatidos, possibilitando um espaço dinâmico de trocas e descobertas. Uma das vantagens é minimizar a timidez dos jovens, contribuindo para um melhor aprendizado⁷. Para Souza⁸ (2007), o interesse pelas ações de ES ocorre no momento em que essas ações possuam significados para os aprendizes.

A maneira como a sala (espaço pedagógico) foi disposta, em forma de círculo, bem como as dinâmicas grupais, facilitaram a concepção dialógica e interacionista, promovendo interlocuções com as situações de vidas dos adolescentes. O círculo proporciona uma vivência

participativa, facilitando a reflexão-ação⁹. As dinâmicas grupais permitem que os participantes reflitam e possibilitam a busca de soluções para seus problemas, em um ambiente lúdico¹⁰.

A interação dos adolescentes com os mediadores favoreceu o processo ensino-aprendizagem, proporcionando momentos de trocas e vivências. A mediação é um aspecto fundamental para a aprendizagem, pois a construção do conhecimento ocorre a partir do processo de interação entre as pessoas¹¹.

Os conflitos familiares foi um dos pontos fortes das oficinas, mostrando adolescentes vulneráveis que necessitam de escuta e acolhimento. Observou-se também fragilidades nas relações de amizades. Enquanto para alguns é um período de turbulências, outros passam por esta fase sem manifestarem maiores problemas e dificuldades. Na adolescência também surgem as verdadeiras relações de amizade e uma maior capacidade em expressar valores¹².

Diante das angústias, conflitos e desamores, os adolescentes se sentiram acolhidos, encontraram espaço para o diálogo e confiança em compartilhar suas dificuldades. Importante a postura acolhedora, o olhar cuidadoso, o apoio e a escuta ampliada do facilitador de aprendizagem, com base na formação de vínculo e relações de confiança¹³.

A experiência com este grupo de adolescentes, por meio das MAEA, estimulou e motivou o interesse desses jovens e trouxe novos significados na visão de saúde-doença saúde-lazer; saúde e bem-estar familiar e societal. Os mecanismos do aprender são mais eficientes quando o estudante consegue agregar e incorporar significados aos novos conteúdos, utilizando de seus conhecimentos prévios, trazendo uma aprendizagem significativa¹⁴.

O estudo permitiu a reflexão de conhecimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado a partir da realidade dos adolescentes. Neste contexto da ES, validou-se a importância da utilização das MAEA junto ao segmento adolescente. Proporcionou a reflexão compartilhada responsável e estimulou a participação dialogada e ativa conduzindo a troca de saberes e empoderamento dos sujeitos. Somente por meio de uma prática reflexiva e crítica pode-se promover o diálogo e a autonomia para o enfrentamento de resistências e de conflitos¹⁵.

A experiência posta representou a combinação estratégica entre ações educativas proativas, inventivas, alegres e respeitadas, mediada pelo ensino-aprendizagem singular, amoroso, cuidadoso, acolhedor e compromissado com o desenvolvimento consistente do ser humano, representando práticas promissoras de educação em saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos FRS, Heidemann ITSB, Cardoso J. Saúde do Adolescente. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. [Acesso em 04 de jun. 2018]. Disponível em: file:///D:/Downloads/MOD%2010%20(7).pdf
2. Pimentel AEJP. A saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente] - Universidade Federal de Pernambuco, 2012.
3. Figueiredo MFS, Neto JFR, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras de Enferm. 2010;63(1):117-21.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
5. Dantas TM, Machado MFAS, Marinho MNABS, Silva BT, Alencar DL, Barbosa LA. Educação em Saúde como Ferramenta na Saúde Sexual do Adolescente. Cadernos de Cultura e Ciência. 2010; 1(2):12-22.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
7. Fonseca AD, Gomes VLO, Teixeira KC. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(2):330-7.
8. Souza MM, Brunini S, Almeida NAM, Munari DB. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(1):102-5.
9. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010;63(3):397-403.
10. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Texto & contexto enfermagem. 2006;15(2):205-11.
11. Vygotsky LS. A formação Social da Mente. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
12. Peron SI, Guimarães LS, Souza LK. Amizade na adolescência e a entrada na universidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2010;10(3):664-81.
13. Buendgens BB, Zampieri AMFM. A adolescente grávida na percepção dos médicos e enfermeiros da atenção básica. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2012;16(1):64-72.

14. Gomes AP, Coelho UCD, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Batista RS. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(1):105-11.
15. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(supl2):2133-44.
16. Freitas, R. 7 Coisas que você deveria Saber sobre os Adolescentes. [Acesso em 26 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yEGiBq-tzAY>.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo traçou, inicialmente, o perfil socioprofissional e de educação em saúde da equipe odontológica, a fim de caracterizar e conhecer este segmento, para planejamento das ações educacionais das Oficinas de Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem - MAEA, bem como conhecer suas percepções sobre as mesmas. E, por fim, descreveu o resultado das oficinas e identificou se houve compreensão dos elementos fundamentais das MAEA, sob a perspectiva da equipe odontológica.

Nessa perspectiva posta, em síntese, identificou-se sujeitos do estudo caracterizados por forte feminização dos profissionais, com predominância da faixa etária de 45 a 49 anos, ensino superior completo e vínculo empregatício por Regime Jurídico Único. Verificou-se que praticamente a metade dos profissionais, sequer desenvolvem frequentemente ações de educação em saúde em suas práticas e, quando a realizam, se sentem preparados em relação ao conteúdo e à metodologia de caráter transmissivo adotada. Observou-se que mais de 60% dos profissionais não abordavam as MAEA em suas ações educativas e, ao final do estudo, 74% consideraram-se estimulados e em condições para desenvolver as MAEA.

Assim, também, foi possível constatar, devido à aplicação da abordagem qualitativa, que as oficinas estimularam o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva da equipe odontológica e o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal. Contudo, a ausência de apoio e validação gerencial/institucional e a não apropriação das ações educacionais das MAEA estão entre as principais justificativas para sua não utilização pela equipe odontológica.

Por sua vez, a experiência da prática educativa relatada recebeu avaliação positiva e confirmatória na percepção tanto dos profissionais da equipe odontológica como dos adolescentes envolvidos no estudo, bem como facilitou o diálogo e a interação entre os mediadores e adolescentes. Verificou-se a participação intensa dos adolescentes durante as oficinas e a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde, ligada aos problemas da vida.

A prática educativa em estudo promoveu a construção de possibilidades compartilhadas ao lidar com adversidades cotidianas e conflitos familiares, pois revelou-se exitosa e repleta de potencialidades crítico-reflexivas na tomada de decisão em saúde, segundo a visão dos adolescentes.

As boas práticas no campo da educação em saúde estão diretamente relacionadas ao potencial intelectual, emotivo, e de trabalho de seus trabalhadores, em um contexto de nova lógica de atenção e de cuidado de saúde mais ampliado e integral. Entretanto, adiciona-se a esse referido potencial, a construção dos mesmos referentes a concepção e interesses na saúde coletiva, isto é, agir haja vista a convicção de educação em saúde para “reproduzir” acriticamente, sem contextualização e não respeitando os saberes prévios dos educandos ou atuar para “transformar” em busca de autonomia, emancipação, reflexão-ação-reflexão, cidadania e qualidade de vida. Em acréscimo medular, faz-se necessário e fundamental a decisão política e gerencial, tencionando a implementação da institucionalização das novas práticas educativas transformadoras.

As MAEA surgem como estratégia substancial e desafiadora, com o objetivo do repensar e ressignificar a realidade deste trabalhador, para que ele possa realizar as suas ações de educação em saúde, de modo crítico-reflexivo, democrático e transformador. Mediante o compartilhamento de conhecimentos e comprometimento de todos os envolvidos, trilha-se um caminho mais promissor no sentido da transformação de costumes e tradições, construindo novos comportamentos e desenvolvendo uma maior autonomia.

Este estudo sensibilizou e estimulou o “acordar” dos profissionais para reflexão crítica de sua rotina de educação em saúde, viabilizando o repensar sobre as suas práticas e condutas, a partir da sua realidade de trabalho, contribuindo, assim, para desenvolver e implantar mudanças no cenário atual, a fim de transformar as ações educativas desenvolvidas. Dessa forma, buscar novas estratégias baseadas nas necessidades e problemas levantados pela sua comunidade, repensar os cuidados com a saúde, sob a perspectiva contextualizada e que tenha necessariamente significado para os educandos.

Além disso, observou-se claramente que problematizar não se restringe a apenas apresentar e formular questões que incentivem a reflexão, ultrapassando estas até chegar à discussão dos conflitos que fazem parte e mantêm o problema apresentado. O estudo contribuiu para a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria das propostas educativas e conseqüentemente aponta e pode resultar em melhorias do cuidado na saúde.

A incorporação gradativa de ações pedagógicas de caráter ativo, crítico-reflexivo e problematizador, com base nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pelos profissionais em sua rotina, aponta para possibilidades mais promissoras, delineando novas formas de agir e abordar a educação em saúde, buscando posturas profissionais mais sensíveis e que respeitem as diversidades, complexidades, singularidades dos diferentes segmentos da

sociedade. Ademais, pavimenta um espaço de repensar o modelo de gestão no planejamento e ações, ampliar novas possibilidades e caminhos, bem como promover a articulação entre o serviço e a comunidade, para construções que façam sentido no campo da saúde.

As oficinas junto aos adolescentes constituíram-se em instrumento efetivo da apropriação das transformações vividas por eles. A abordagem da educação em saúde mediante as MAEA resultou em ações bem-sucedidas, legítimas, palpáveis, ativas e verdadeiras. As oficinas favoreceram o diálogo, a reflexão crítica, a troca de ideias e experiências, trazendo sentimentos e inquietações. Os adolescentes puderam se apropriar dos conhecimentos e a partir da sua realidade, propor mudanças para modificar suas condutas e hábitos.

O estudo objetivou trabalhar nas oficinas, o autocuidado em saúde com ênfase na saúde bucal. Porém os adolescentes trouxeram reflexões e polarizaram vários outros temas de seu interesse dentre eles a sexualidade e conflitos familiares, e, como esperado, nos processos ativos e problematizadores, veio à tona vários assuntos que se inter-relacionam nas questões de vida e saúde. Desta forma, observamos que estas reflexões enriqueceram as oficinas, contribuindo para um ambiente rico em discussões significativas, com compartilhamento de idéias, facilitando a interação e agregando novos interesses, valores e prioridades.

Este estudo traz indicativos de prática exitosa, repleta de potencialidades no campo da educação em saúde, com base nas MAEA. Mostrou ser possível a construção de vínculos entre aprendizes e mediadores. O uso da pedagogia problematizadora de ensino-aprendizagem foi condição indispensável e essencial para a interação dos educandos junto a prática educativa, a partir de suas falas, momentos lúdicos, de criação, de diálogo, de escuta e permitiu troca constante de conhecimento. Por sua vez, o diálogo, a reflexão coletiva, o reconhecimento do contexto e de novas concepções, são o alicerce para a construção e reconstrução de novos caminhos que apontam para o aprendizado crítico-reflexivo-transformador no campo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200015>.
- ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. Educação Popular em Saúde. **Revista Radis**, n. 21. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AUSUBEL, David. P. **Aquisição e retenção de conhecimento**: uma perspectiva cognitivista. Tradução de Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2003.
- BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. **B. Tec. Senac**: A Revista da Educação Profissional, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p.48-67, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. Ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARILLARO, A. **Piper**. Disponível em: <<https://amenteemaravilhosa.com.br/piper-curtas-cativantes-disney>>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, 2011. DOI: 10.5433/1679-0359.2011v32n1p25
- _____. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v.16, n. 2, 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.1995v16n3p09>
- BLIKSTEIN, P. **O mito do mau aluno e porque o Brasil pode ser o líder mundial de uma revolução educacional**. 25 jul. 2010. Disponível em: <http://www.blikstein.com/paulo/documents/books/ Blikstein_Brasil_pode_ser_lider_mundial_em_educacao.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2017.
- BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. **Revista USP Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p301-307>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005a. (Série C Projetos, programas e relatórios. Educação na saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Multiplica SUS**: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Brasília, DF, 2005b. (Série D Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Temático promoção da saúde IV**. Brasília, DF, 2009.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, A. M. F. M. A adolescente grávida na percepção dos médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>

BUNGE, M. **Epistemologia**: curso de atualização. Tradução de Cláudio Navarra. 2. ed. São Paulo: T. A. Queiroz; Editora da Universidade de São Paulo, 1980.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Cultrix: São Paulo, 2006.

CARTA DE OTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2017.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado da Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

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, 2004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONRAD, Rita-Marie; DONALDSON, J. Ana. **Engaging the online learner: Activities and resources for creative instruction**. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2011.

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2004.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>

DANTAS, T. M. et al. Educação em Saúde como Ferramenta na Saúde Sexual do Adolescente. **Cadernos de Cultura e Ciência**, Crato, v.1, n. 2, 2010.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DEMO, P. **Professor do futuro e reconstrução do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2004.

DIAS, B. J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

FERNANDES, J. D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, 2003.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000400017>.

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 2, 2006.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200003>

FEURWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 6, n.10, 2002.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100004>

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010.
DOI: 10.1590/S0034-71672010000100019

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K. C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio Grande, v. 14, n. 2, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200017>

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FOSNOT, C. T. Construtivismo: uma teoria psicológica da aprendizagem. In: FOSNOT, Catherine Twomey (Org.). **Construtivismo: teoria, perspectivas e prática pedagógica**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FREIRE, P. **Comunicação e Extensão**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992
 _____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

FREITAS, R. **7 Coisas que você deveria Saber sobre os Adolescentes**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yEGiBq-tzAY>>. Acesso em: 26 de jan. 2018.

GADOTTI, M. **Diversidade cultural e educação para todos**. Juiz de Fora: Graal. 1992.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005.
 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>

GOMES, A. P. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2008.
 DOI: 10.1590/S0100-55022008000100014

GRILLO, M. J. C. **Educação permanente em saúde: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho**. 2012. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

HOFFMAN, J. **Avaliar para promover: as setas do caminho**. 15. ed. Porto Alegre: Mediação, 2014.

IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSES, S. T. Humanismo e formação profissional. **Cad ABROPEV**, [São Paulo], v.1, n.1, 2005.

LARA, D. M.; MÉNDEZ, R. C. **Alike**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UATPH44jRSw>>. Acesso em: 26 de jan. 2018.

LEVY, S. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, 10., 1996, Brasília. **Anais** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educaçaoaude.htm>>. Acesso em: 16 de jul. 2017.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 21, n. 61, 2017.
 DOI: 10.1590/1807-57622016.0316

LUCKESI, C. C. Da necessidade de constituir um novo paradigma para a didática. **Tecnologia Educacional**, Rio de Janeiro, n. 77, 1987.

MACIEL, C. F. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas do programa de saúde da família da grande vitória: parte I. UFES **Rev. Odontol.** Vitória, v.8, n.3, 2006.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 30, n. 112, 2005.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572005000200007>

MEDEIROS, M. A. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, n. 1, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia, 01/2011, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700091>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto SB Minas Gerais 2012**: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira. Belo Horizonte, 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**: Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M, C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MITRE, S. M. **Ativando processos de mudança em uma aldeia de Belo Horizonte**: uma experiência com metodologia ativa de ensino-aprendizagem. 2006. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 63, n. 3, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>

MORAES, C. R.; VARELA, S. Motivação do Aluno Durante o Processo de Ensino-Aprendizagem. **Revista Eletrônica de Educação**. Londrina, ano I, n. 01, 2007.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à Educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MOURA, D. G.; BARBOSA, E. F. **Trabalhando com projetos**: planejamento e gestão de projetos educacionais. Petrópolis: Vozes, 2006.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, v.12, n.2, 2010.
DOI: 10.5216/ree.v12i2.7006

PALAZZO, L. S.; BÉRLA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 6, 2003.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600010>

PARO, V. H. Educação para a democracia: o elemento que falta na discussão da qualidade do ensino. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 13, n. 001, 2000.

PAULETO, A. R. C. et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Revista: Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100012>

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: Valla VV. (Org.). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

PEREIRA, A. P. **Avaliação do programa de educação em saúde bucal da faculdade de odontologia de araçatuba**. 2002. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2002.

PERON, S. I.; GUIMARAES, L. S.; SOUZA, L. K. Amizade na adolescência e a entrada na universidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2010.

PIMENTEL, A. E. J. P. **A saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade**. 2012. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

RAMOS, F. R. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; CARDOSO, J. **Saúde do Adolescente**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <file:///D:/Downloads/MOD%2010%20(7).pdf>. Acesso em: 4 de jun. 2018.

RESSEL, L. B. et al. Saúde, doença e vulnerabilidade para mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Santa Maria, v. 13, n. 3, 2009.

RODRIGUES, C. M. N. B. **Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças**: percepção dos pais/encarregados de educação. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

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

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SELVERO, C. M. **A importância da interação na aprendizagem de língua estrangeira à distância**. Dissertação (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014.

SESC. DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 83, n. 9, 2005.
DOI: /S0042-96862005000900004

SILBERMAN, M. **Active learning**: 101 strategies do teach any subject. Massachusetts: Ed.Allyn and Bacon, 1996.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, 2005.

SOUZA, M. M. et al. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 60, n. 1, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100020>

THIOLLENTT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

THOMSON, J. C. PBL: uma proposta pedagógica. **Olho Mágico**, 1996.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Construtivismo sócio- histórico de Vygostkye a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500019>

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 6, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600006>

VALENTE, J. A. Criando oportunidades para aprendizagem continuada ao longo da vida. **Revista Pátio**, Porto Alegre, v. 4, n. 15, 2001.

VOLPATO, M.; CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Rev. FAE**. Curitiba, v. 5, n. 3, 2002.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1, 1986, Ottawa. [Proceedings...]. 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Men, Ageing ang Health**. Geneva: World Health Organization, 2001.

XAVIER, L. N. et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Sanare**, Sobral, v. 13, n. 1, 2014.

ZANELATTO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**. Pelotas, v. 9, n. 2, 2010. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9390

ZANOTTO, M. A. C.; ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Rev. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000100004>

ANEXO 1

SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES DAS OFICINAS		
1ª Oficina: Educação em Saúde: Como eu faço?		
Objetivo 1: Permitir que os profissionais reflitam sobre suas abordagens de educação em saúde, a partir da sua realidade de trabalho, no campo da educação em saúde.		
Objetivo 2: Conhecer e refletir sobre as noções básicas de metodologias ativas.		
Temas programáticos: educação em saúde; dificuldades e potencialidades encontradas na execução das atividades de educação em saúde; e noções básicas de metodologias ativas.		
Sequência de Atividades	Orientações	Tempo
Profissionais de saúde bucal	Papel do Mediador	
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação Orientador/Orientando/Auxiliares de Pesquisa - Área Saúde Coletiva Residência UFU Apresentação Profissionais Equipe Odontológica SMS: nome/profissão – Apelido (Cognome) que gosta de ser chamado/ apresentar o significado e identificar as pessoas que o chama pelo apelido. Ação Educacional: PALAVRA FORTE que representa sua EXPECTATIVA frente as oficinas – técnica da tarjeta. Esclarecimentos sobre os Objetivos da oficina 		60 minutos
Consigna para trabalho no grupo (4 grupos): (1) Debater e registrar em tarjetas as respostas consensuadas (acordadas pela maioria dos membros do grupo), relacionadas na forma de itens, referentes aos 3 questionamentos descritos abaixo. (2) Escolher um membro do grupo para apresentar as ideias do grupo em plenária.		
1 – O que você compreende por educação em saúde (realizada junto ao indivíduo ou no coletivo).	1 – Orientar os profissionais a descreverem sobre o assunto, tendo como foco a sua realidade de trabalho.	30 minutos
2 – Quais os recursos pedagógicos ¹ que você utiliza para desenvolver a educação em saúde.	Problematizar e sistematizar com os profissionais os métodos de educação em saúde que utilizam em suas atividades e os resultados alcançados.	30 minutos
3 – De acordo com sua realidade de trabalho, quais os pontos positivos e as dificuldades (desafios) enfrentados nas atividades de educação em saúde. (Resumir em no máximo 3 pontos para cada questão)	2 – Estimular que os profissionais façam uma lista de dificuldades, sem justificar essas dificuldades. Problematizar as dificuldades com os profissionais.	30 minutos
Intervalo para lanche		20minutos
4 – Apresentar os trabalhos e considerações em plenária.	4 – Sistematizar as conclusões junto com os profissionais, permitindo que reflitam e tenham noção básica das metodologias ativas. Obs: Será avaliado, no decorrer da oficina, se há necessidade de utilização de vídeos e demais recursos pedagógicos complementares.	70 minutos
Subtotal		240minutos

¹ **Recurso pedagógico** é o que auxilia a aprendizagem, de quaisquer conteúdos, intermediando os processos de ensino-aprendizagem intencionalmente organizados por educadores. Propomos por recursos pedagógicos o entendimento daqueles lugares, profissionais, processos e materiais que visem assegurar a adaptação recíproca dos conteúdos a serem conhecidos aos indivíduos que buscam conhecer.

2ª Oficina: Metodologias Ativas pode ser uma solução.		
Objetivo: Sistematizar e estimular os profissionais a refletirem a sua realidade e elaborar um plano de intervenção, contendo as mudanças necessárias em suas atividades de educação em saúde.		
Temas programáticos: Propostas de soluções para as dificuldades encontradas; metodologias ativas; plano de intervenção em educação em saúde; e seleção dos profissionais para aplicação do plano.		
Sequência de Atividades	Orientações	Tempo
Profissionais de saúde bucal	Papel do Mediador	
Os trabalhos iniciarão com a apresentação de um vídeo, a fim de sistematizar os trabalhos da oficina anterior. Profissionais irão compartilhar emoções e sentimentos em relação ao vídeo: 1 palavra na tarjeta		40 minutos
5 - A partir do caso apresentado, (anexo 4), elaborar um plano de intervenção, (roteiro conforme anexo 5), de construção coletiva, contendo um roteiro de atividades de uma oficina, utilizando as metodologias ativas, para um grupo de adolescentes.	5 - Estimular os profissionais a elaborarem o plano de intervenção, com duração de 60 a 120 minutos. Orientar para que o tema da área da saúde não seja pré-estabelecido pelos mediadores, pois o mesmo será construído junto aos adolescentes.	70 minutos
Intervalo para lanche		20 minutos
6 – Apresentar e discutir o plano de intervenção em plenária	6 – Sistematizar com os participantes, juntando as particularidades e potencialidades apresentadas pelos grupos.	70 minutos
7 – Selecionar, utilizando de 4 critérios pré-definidos (interesse, disponibilidade, facilidade de verbalização e articulação junto ao segmento adolescente) um grupo de profissionais para aplicação do plano de intervenção.	7 – Estimular os participantes a escolherem um grupo de profissionais que irão aplicar o plano de intervenção, que será executado, na próxima oficina.	20 minutos
8 – Apresentação de um vídeo para fechamento das atividades.	8 – Sistematizar com os participantes os conhecimentos apreendidos.	
8 - Avaliação	8 – Estimular os participantes a avaliarem como foi para eles participar das oficinas	20 minutos
Subtotal		240 minutos

3ª Oficina: Preparação das Oficinas dos Adolescentes	
Objetivo geral: Preparar os objetivos e método a ser utilizado no desenvolvimento da Oficina com Adolescentes	
AÇÃO EDUCACIONAL	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> Construção grupal: A consigna consistiu em registrar e sintetizar em tarjetas o que foi discutido nas duas oficinas a fim de elaborar um roteiro para desenvolvimento com os adolescentes, definindo objetivos, temas programáticos e ações educacionais. 	240 minutos

4ª Oficina: Aplicação das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem	
Objetivo geral: Interagir, discutir e promover a saúde, com ênfase na saúde bucal de acordo com a realidade do grupo, tendo em vista o auto-cuidado em saúde qualificado.	
Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantar, despertar, mudar o olhar, incentivar, trocar experiências e tirar dúvidas sobre as questões de saúde / saúde bucal; 2. Conhecer e avaliar a percepção dos adolescentes em relação à saúde e saúde bucal; 3. Incentivar que estes adolescentes se tornem agentes de sua própria saúde (qualificar o autocuidado) e multiplicadores dos conhecimentos adquiridos; 4. Construir junto com os adolescentes, as orientações, esclarecimentos e informações, conforme suas indagações e que faça sentido para eles considerando sua realidade 	
Temas programáticos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Doenças e agravos comuns na boca (cárie, doença periodontal e má oclusão) 2. Halitose 3. Tabagismo /álcool e drogas 4. Piercing 5. Auto exame para as principais doenças bucais 6. Higiene /dieta alimentar 7. Herpes, mononucleose, IST 8. Estética (aparelhos ortodônticos) clareamento e facetas 9. Saúde / Estilo de vida 10. Gravidez na adolescência / métodos contraceptivos 	
AÇÕES EDUCACIONAIS	Tempo
1ª AÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: Orientador/Orientando/Auxiliares de Pesquisa - Área Saúde Coletiva Residência UFU • Apresentação profissionais (e o formato de suas participações) • Apresentação Adolescentes: nome – qual seu lazer? / quebra gelo 	60 minutos
2ª AÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Faísca educacional*: uso do vídeo intitulado “7 Coisas que você deveria saber sobre os adolescentes” – 10 minutos. • Compartilhar emoções e sentimentos: 1 palavra na tarjeta 	50 minutos
3ª AÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • 3 Grupos - discussão das perguntas e elaboração de respostas utilizando recursos lúdicos, papeis, pincéis, imagens, etc: <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é ter saúde para você e para o seu grupo? 2. O que é ter saúde bucal? 3. Qual a doença te preocupa, no sentido de que você não quer tê-la? 	60 minutos
4ª AÇÃO <p>Urna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas para saúde bucal e geral. Co - responsabilização dos adolescentes na busca dos temas para a próxima oficina. 	10 minutos
Lanche de confraternização	
Subtotal	180 minutos

Nota*: essa atividade educacional objetiva **dar vazão às emoções e percepções dos adolescentes**. Essa dimensão, apesar de ter um papel fundamental na aprendizagem, é pouco explorada em atividades educacionais. Aqui, **importa acolher os sentimentos ao invés de debatê-los**. Por meio desse reconhecimento, facilitador e grupo podem compreender melhor os momentos de cada adolescente e apoiar o desenvolvimento de planos que favoreçam a aprendizagem de cada um

5ª Oficina: Aplicação das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem	
Objetivo geral, específicos e temas programáticos seguem o da 4ª oficina.	
AÇÕES EDUCACIONAIS	Tempo
1ª AÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> Plenária: Apresentação dos cartazes e Discussão 	70 minutos
2ª AÇÃO: <p>Urna</p> <ul style="list-style-type: none"> Respostas das perguntas feitas pelos adolescentes sobre saúde bucal e geral. 	90 minutos
3ª AÇÃO: <p>Avaliação</p>	20 minutos
Lanche de confraternização	
Subtotal	180 minutos
Total (5 Oficinas)	1.080 Minutos

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO 1 - PERFIL DA EQUIPE ODONTOLÓGICA

Objetivo: Traçar o perfil socioprofissional e de educação em saúde da equipe odontológica, visando caracterizar e conhecer este segmento, bem como suas percepções sobre metodologias ativas.

NÃO É NECESSÁRIO SE IDENTIFICAR

1. Idade

2. Sexo Biológico

1 () Masculino 2 () Feminino 3 () Intersexo 4 () Prefiro não declarar

3. Estado Civil

1 () Solteiro (a) 2 () Casado (a) 3 () Viúvo(a) 4 () Divorciado (a) com companheiro(a)
5 () Separado (a) 6 () Divorciado(a) 7 () Viúvo (a) com companheiro(a) 8 () União estável 9 ()
Prefiro não declarar

4. Categoria Profissional

1 () Cirurgião Dentista 2 () Técnico Saúde Bucal 3 () Auxiliar Saúde Bucal

5. Qual a sua Formação

1 () Fundamental 2 () Médio 3 () Superior
5.1. Especialização _____ 1 () concluída 2 () cursando
5.2. Especifique a área: _____
5.3. Mestrado _____ 3 () concluída 4 () cursando
5.4. Doutorado _____ 5 () concluída 6 () cursando

6. Tempo de Trabalho no Exercício da Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Saúde

7. Vínculo Empregatício

1 () Missão Sal da Terra 2 () Fundação Maçônica 3 () R.J.U.(Estatutário)
4 () Fundasus 5 () Outros: _____

8. Você realiza educação em saúde (para grupos de três ou mais pessoas) no seu cotidiano de trabalho?

1 () Sim, frequentemente 2 () Sim, as vezes. 3 () Não

8.1. Em caso de resposta positiva para questão 8, para qual (is) ciclo (s) de vida/ condição (ões), você realiza educação em saúde?

8.1.1. Ciclos de vida

1 () Bebês com pais e/ou responsáveis 2 () Crianças de 0 a 9 anos 3 () Adolescentes (10 a 19 anos) 4 ()
Adultos (20 a 59 anos) 5 () Idosos (acima de 60 anos)

8.1.2. Condições sistêmicas

1 () Gestante 2 () Pacientes necessidades especiais 3 () Diabético 4 () Hipertensos
Outros: _____

9. Você se sente preparado (a) no que diz respeito à metodologia a ser utilizada para realizar educação em saúde/saúde bucal no cotidiano de seu trabalho?

	1	2	3	4	5	
Nenhum pouco	()	()	()	()	()	Totalmente

10. Você se sente preparado (a) no que diz respeito ao conteúdo a ser utilizado para realizar educação em saúde/saúde bucal no cotidiano de seu trabalho?

	1	2	3	4	5	
Nenhum pouco	()	()	()	()	()	Totalmente

11. Quando você realiza alguma atividade de educação em saúde, o quanto você se sente sobrecarregado (a)?

	1	2	3	4	5	
Nenhum pouco	()	()	()	()	()	Totalmente

12. Quando você realiza alguma atividade de educação em saúde, o quanto você se sente realizado (a)?

1	2	3	4	5	
Nenhum pouco	()	()	()	()	() Totalmente

13. Você conhece as metodologias ativas de ensino aprendizagem?

1. () Sim. 2 () Não

14. Você utiliza as metodologias ativas de ensino-aprendizagem no cotidiano de seu trabalho?

1 () Sim 2 () Não

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO 2 - AVALIAÇÃO PARA EQUIPE ODONTOLÓGICA

Objetivo1: Descrever o (s) resultado (s) das oficinas, sob a perspectiva da equipe odontológica.

Objetivo 2: Identificar se houve compreensão dos elementos fundamentais das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pela equipe odontológica.

NÃO É NECESSÁRIO SE IDENTIFICAR

1. Você participou de todas as oficinas (14, 15, 28 e 29/09)?

1() Sim

2 () Não

Quais os dias que

participou: _____

2. Houve contribuição (ões) das oficinas realizadas para o futuro planejamento das suas ações educativas em saúde?

1() Sim

2 () Não

Justifique sua resposta _____

3. Você se sente preparado para utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem em seu trabalho?

1

2

3

4

5

Nenhum pouco

()

()

()

()

()

Totalmente

4. Você se sente motivado para utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem em seu trabalho?

1

2

3

4

5

Nenhum pouco

()

()

()

()

()

Totalmente

ANEXO 4 – SITUAÇÃO PROBLEMA

SITUAÇÃO PROBLEMA

Isabela, cirurgiã-dentista recém formada, foi contratada pela Equipe de Saúde Bucal da Família – ESBF da Unidade de Saúde do Bairro de Teja e após três meses de atividades foi convidada pela sua Gerente, para realizar encontros de educação em saúde bucal com os adolescentes da Escola Estadual de Pólis. A gerente explicou que um conjunto de ações em saúde serão desenvolvidas nessa Escola, inclusive a vacinação, seguindo diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como respondendo a solicitações da Diretora e Professores.

Ops! Esse pedido preocupou Isabela, tem facilidade com o planejamento e execução das ações clínicas restauradoras, se sente a vontade na atenção ao paciente no consultório odontológico, mas apesar de se interessar tem muitas dificuldades e desafios a vencer com as propostas de educação em saúde.

Refletiu e decidiu procurar uma amiga psicóloga para ajuda-la na preparação de um roteiro para realização desse encontro. Ela precisará decidir o que é mais importante ser falado? Como falar? Que recursos utilizar? Que roupa que eu vou? Devo usar jaleco? Como atrair o interesse do adolescente? ...

O grupo de trabalho está sendo convidado a ajudar Isabela a preparar um roteiro mínimo que dê respostas e a apoie em suas inquietações...



60 minutos

ANEXO 5

PLANO DE INTERVENÇÃO – ROTEIRO PARA UM GRUPO DE ADOLESCENTES OFICINA 2		
Cirurgiões dentistas Técnicos Saúde Bucal Auxiliar em Saúde Bucal	Tema: Saúde Bucal e Geral	Data: Horário:
Objetivos		
Temas Programáticos		
Ações Educacionais		
Recursos pedagógicos		
Avaliação		

ANEXO 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo, Maria Inês Miranda Pacheco Borges, Daniella Aparecida de Sousa Alves, Eduarda Franco Rocha Gonçalves, Isabel Cristiane de Noronha e Thiago Artur de Moraes.

Nesta pesquisa nós estamos procurando avaliar os resultados do desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto à equipe odontológica, no campo de ações educativas em saúde coletiva, com ênfase em adolescentes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores, nas unidades de referência dos trabalhadores, local que se possa ter privacidade e o mínimo de interferências do ambiente para que não comprometa a sua concentração.

Você participará de quatro oficinas que vão abordar as dificuldades encontradas na execução das ações educativas e metodologias ativas nas atividades de educação em saúde. Responderá a dois questionários um com perguntas relativas ao perfil socioprofissional e em educação em saúde e outro para avaliação das oficinas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação e divulgação de informações colhidas nas oficinas, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. Quanto aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento e de apropriação da utilização das metodologias ativas as quais poderão levar a um efeito positivo no desenvolvimento de suas atividades educativas. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Liliane Parreira Tannús Gontijo – Tel. 34-3218-2344 ou com a Universidade Federal de Uberlândia na Av. Pará, 1720 – Umuarama – Uberlândia - MG, 38405-320, bloco 2H, sala 15 – Tel. 34-3225-8361. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia,de.....de 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 7

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsáveis pelos Adolescentes

Prezado (a) senhor (a), o (a) menor, pelo qual o (a) senhor (a) é responsável, está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo, Maria Inês Miranda Pacheco Borges, Daniella Aparecida de Sousa Alves, Eduarda Franco Rocha Gonçalves, Isabel Cristiane de Noronha e Thiago Artur de Moraes.

Nesta pesquisa nós estamos procurando avaliar os resultados do desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto à equipe odontológica, no campo de ações educativas em saúde coletiva, com ênfase em adolescente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores, nas dependências da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira, local que se possa ter privacidade e o mínimo de interferências do ambiente para que não comprometa a sua concentração.

Na participação do (a) menor, ele (a) participará de duas oficinas onde será abordado um tema sobre saúde bucal, o qual poderá discutir e esclarecer suas dúvidas, contribuindo de forma positiva para a realização deste projeto de pesquisa. Em nenhum momento o (a) menor será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O (a) menor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação e divulgação de informações colhidas nas oficinas, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. Quanto aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento do menor para que o mesmo reflita e tenha controle e cuidado com sua saúde geral. O (a) menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o (a) senhor (a), responsável legal pelo (a) menor. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Liliane Parreira Tannús Gontijo – Tel. 34-3218-2344 ou com a Universidade Federal de Uberlândia na Av. Pará, 1720 – Umuarama – Uberlândia - MG, 38405-320, bloco 2H, sala 15 – Tel. 34-3225-8361. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia,de.....de 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu, responsável legal pelo(a) menor _____
consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ele(a) deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo(a) menor participante da pesquisa

ANEXO 8

Termo de Assentimento para o Menor

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo, Maria Inês Miranda Pacheco Borges, Daniella Aparecida de Sousa Alves, Eduarda Franco Rocha Gonçalves, Isabel Cristiane de Noronha e Thiago Artur de Moraes.

Nesta pesquisa nós estamos procurando avaliar os resultados do desenvolvimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem junto à equipe odontológica, no campo de ações educativas em saúde coletiva, com ênfase em adolescentes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores, nas dependências da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira, local que se possa ter privacidade e o mínimo de interferências do ambiente para que não comprometa a sua concentração.

Na sua participação você participará de duas oficinas onde será abordado um tema sobre saúde bucal, o qual poderá discutir e esclarecer suas dúvidas, contribuindo de forma positiva para a realização deste projeto de pesquisa. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação e divulgação de informações colhidas nas oficinas, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. Quanto aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para a ampliação do seu conhecimento e proporcionar reflexões para que tenha controle e cuidado com sua saúde geral. Mesmo seu responsável legal tendo consentido na sua participação na pesquisa, você não é obrigado a participar da mesma se não desejar. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Assentimento ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Liliane Parreira Tannús Gontijo – Tel. 34-3218-2344 ou com a Universidade Federal de Uberlândia na Av. Pará, 1720 – Umuarama – Uberlândia - MG, 38405-320, bloco 2H, sala 15 – Tel. 34-3225-8361. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia,de.....de 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 9 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Metodologias Ativas: Estratégias Promotoras de Educação em Saúde Bucal

Pesquisador: Liliane Parreira Tannús Gontijo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61266716.1.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Geografia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.938.495

Apresentação do Projeto:

Análise de respostas as pendências apresentadas no parecer 1.919.372, de 14 de Fevereiro de 2017, do seguinte protocolo:

Estudo qualitativo para promover educação sobre a metodologia ativa em saúde bucal.

O universo de trabalhadores da saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG de interesse desse estudo corresponde a 169 profissionais, sendo que os participantes correspondem a 36% deste total, considerando os profissionais das categorias atuantes em três modalidades de atenção odontológica em unidades que possuem maior enfoque na educação em saúde no âmbito coletivo, sendo elas: as Unidades básicas de Saúde – UBS; Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF; e Unidade de atenção ao Escolar, no ano de 2017.

Participarão também, 40 adolescentes na 3ª Oficina.

A amostragem dos profissionais foi justificada mantendo uma precisão amostral de 9% e um nível de confiança de 95%.

A amostragem dos adolescentes foi por conveniência.

A abordagem e o recrutamento dos 40 adolescentes que participarão das oficinas serão realizados pela Direção da Escola Municipal Professor Ladário Teixeira, com o apoio da pesquisadora, esclarecendo os objetivos e metodologia da Oficina e utilizando quatro critérios: (1) interesse do

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.938.495

adolescente em participar da oficina; (2) autorização dos pais ou responsáveis para o adolescente participar da Oficina e para o deslocamento da escola para a universidade, em veículo reservado para a pesquisa; (3) estar na faixa etária de 13 a 16 anos; e (4) proporcionalidade de 50% entre os adolescentes dos sexos biológicos masculino e feminino. Os pesquisadores se responsabilizarão em providenciar meio de transporte para que estes adolescentes possam participar da oficina programada, com segurança para os mesmos e sem prejuízo para o estudo.

Os critérios da escolha da escola foram: (1) proximidade da Universidade Federal de Uberlândia, onde serão realizadas as oficinas; e (2) instituição colaborativa, aberta a diálogos, facilitando este tipo de estudo.

Serão realizadas três oficinas de metodologias ativas.

Para realização das oficinas os participantes serão divididos em pequenos grupos, sendo o grupo A com 30 participantes e o grupo B com 31 participantes, para facilitar as discussões e o processo de reflexão e avaliação. A duração de cada uma das três oficinas será de quatro horas, perfazendo um total de 12 horas presenciais.

Os critérios de inclusão para os profissionais participantes da pesquisa são:

(1) profissionais da área de saúde bucal das seguintes categorias: cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal que trabalham nas unidades selecionadas para a pesquisa; (2) profissionais que concordem em participar da pesquisa através da assinatura e do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão para os adolescentes participantes da pesquisa são:

(1) estar matriculado na Escola Municipal Professor Ladário Teixeira;
 (2) interesse em participar da pesquisa através da assinatura do "Termo de Assentimento para o Menor";
 (3) estar na faixa etária de 13 a 16 anos;
 (4) possuir autorização dos pais e/ou responsáveis para a referida participação, registrada através da assinatura do TCLE; e (5) possuir autorização dos pais ou responsáveis para o deslocamento da escola para a universidade.

Os critérios de exclusão são:

(1) profissionais da equipe odontológica e adolescentes que não foram mencionados nos critérios estabelecidos anteriormente; e
 (2) profissionais e adolescentes que não aceitem participar da pesquisa ou que não cumpram o procedimento de preenchimento do TCLE.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.938.495

Para iniciarmos o presente estudo, a coordenação da Saúde Bucal, as coordenações das unidades de saúde onde atuam os participantes e a direção da Escola serão informadas sobre a pesquisa, para conhecimento e autorização da liberação dos profissionais e adolescentes para participarem da mesma, respectivamente. Os responsáveis legais pelos adolescentes também serão informados sobre a pesquisa. Os participantes envolvidos serão motivados a colaborar com a pesquisa, bem como esclarecidos sobre os objetivos, métodos, riscos e incômodos que esta possa lhes acarretar, bem como a finalidade do estudo.

Foi apresentado cronograma dentro dos prazos e orçamento.

O questionários não contém questões que possam identificar o participante.

Foram apresentados os termos de assentimento, consentimento dos responsáveis legais e consentimento para os profissionais da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

"Objetivo Geral: Preparar e sensibilizar cirurgiões-dentistas e a equipe auxiliar odontológica para apropriar se das metodologias ativas, no campo de ações educativas em saúde, com ênfase em adolescentes.

Objetivos Específicos:

1. Compreender a concepção, ferramentas e aplicação das metodologias ativas;
2. Identificar os melhores recursos e técnicas para trabalhar as metodologias ativas com adolescentes;
3. Refletir sobre os impactos causados pela aplicação das metodologias ativas no grupo de adolescentes."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: "Não existe uma pesquisa sem riscos. Assim, nesse estudo os mesmos consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização da entrevista, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva (na comunidade), além da possibilidade de identificação do participante e divulgação de informações colhidas nas oficinas. Verifica-se que nesta pesquisa o cuidado se refere a preservar o sigilo e a identificação dos participantes da pesquisa (profissionais e adolescentes), conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS. Assim, a equipe de pesquisadores se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos mesmos.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.938.495

Benefícios: Por sua vez, os benefícios aos profissionais poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e de apropriação da utilização das metodologias ativas, as quais poderão levar a um efeito positivo no desenvolvimento de suas atividades educativas. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os processos de trabalho, permitindo elaborar estratégias para as suas ações educativas e de se pensar em meios de promover a saúde.

Os benefícios ao menor poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e um efeito positivo ao proporcionar que os mesmos tenham o controle de sua saúde bucal. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os cuidados com sua saúde geral."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em análise anterior foi apresentada a seguinte pendência, que foi totalmente atendida:

1 - Tendo como base, as respostas apresentadas a pendência 1 do parecer consubstanciado número 1.823.964, fica claro que os responsáveis legais, terão que se deslocar para o local da pesquisa ou escola, exclusivamente para atender as necessidades da pesquisa.

Assim, o pesquisador deverá ser responsável pelo custeio de transporte e alimentação para todos os responsáveis legais. Adequar apresentando no orçamento do projeto detalhado e projeto "Plataforma Brasil".

Resposta: Para a obtenção do termo de consentimento do responsável legal, serão realizadas duas reuniões em horários diferentes, que deverão ser agendadas pela direção da Escola Municipal Profº Ladário Teixeira, utilizando o critério de disponibilidade de participação dos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

Estas reuniões ocorrerão nas dependências da referida Escola. Os pesquisadores se responsabilizarão pelo custeio de transporte e alimentação para todos os responsáveis legais, conforme orçamento abaixo. Os esclarecimentos sobre a pesquisa serão realizados pela pesquisadora principal e profissionais da equipe executora, com o apoio da direção da referida escola.

Quantidade	Discriminação	Valor total
01	Pacote contendo 500 folhas A4 75g	R\$17,00
220	Impressão digital colorida	R\$ 300,00
01	Cartucho preto para impressora	R\$ 55,00

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.938.495

60 Pastas Brasil R\$ 90,00
 ----- Transporte para os adolescentes R\$ 240,00
 ----- Transporte do pesquisador (gasolina) R\$ 200,00
 ----- Transporte para responsáveis legais R\$ 300,00
 ----- Lanche para os responsáveis legais R\$ 60,00
 ----- Lanche para a oficina 3 R\$ 120,00
 Total R\$ 1.382,00

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.919.372, de 14 de Fevereiro de 2017, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Novembro de 2017.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.938.495

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_804904.pdf	19/02/2017 16:41:27		Aceito
Outros	Resposta_pendencia.docx	19/02/2017 16:38:42	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	19/02/2017 16:37:52	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.938.495

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Responsavel_modificado.pdf	07/12/2016 23:02:35	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais_modificado.pdf	07/12/2016 23:01:28	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_para_o_menor_modificado.pdf	07/12/2016 23:00:34	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_modificacoes.PDF	07/12/2016 22:58:26	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Outros	resposta_pendencias.PDF	07/12/2016 22:55:48	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	15/10/2016 10:31:43	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_Coparticipante_PMU.pdf	15/10/2016 10:30:17	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_Coparticipante_Escola.pdf	15/10/2016 10:29:39	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_para_o_menor.pdf	15/10/2016 00:08:08	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Responsavel.pdf	15/10/2016 00:07:53	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais.pdf	15/10/2016 00:07:16	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Outros	Link_curriculo_lattes_dos_pesquisadores.pdf	14/10/2016 22:12:53	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Outros	Anexo_4_roteiro_para_plano_de_intervencao.pdf	10/10/2016 15:16:34	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Outros	Anexo_3_orientacoes_para_elaboracao_do_plano_de_intervencao.pdf	10/10/2016 15:14:36	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.938.495

Outros	Anexo_2_questionario_perfil_da_equipe_odontologica.pdf	10/10/2016 15:12:48	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Outros	Anexo_1_sequencia_de_atividades_das_oficinas.pdf	10/10/2016 15:10:16	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_da_Equipe_Executora.pdf	10/10/2016 14:39:41	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/10/2016 14:35:20	MARIA INES MIRANDA PACHECO BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 22 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

**Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)**

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLANDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO 10

Comprovante de Submissão Revista da ABENO

Seguro | <https://outlook.live.com/owa/projection.aspx>

Responder | Excluir Lixo eletrônico | ...

ENC: [Rev.ABENO] Agradecimento pela submissão



Liliane Tannus <lilianetannus1@gmail.com>

Hoje, 16:27

Você

Caixa de Entrada

-----Mensagem original-----

De: 'Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo' via Revista da ABENO [<mailto:vaniafontanella@terra.com.br>]

Enviada em: domingo, 24 de junho de 2018 16:18

Para: Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo <lilianetannus1@gmail.com>

Assunto: [Rev.ABENO] Agradecimento pela submissão

Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo,

Agradecemos a submissão do trabalho "Metodologias Ativas de

Ensino-Aprendizagem: reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal." para a Revista da ABENO.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/author/submission/703>

Login: lilianetannus1

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Vania Regina Camargo Fontanella

Revista da ABENO

Revista da ABENO

<http://revabeno.emnuvens.com.br/>

Seguro | <https://outlook.live.com/owa/projection.aspx>

Responder | Excluir | Lixo eletrônico | ...



Liliane Tannus <lilianetannus1@gmail.com>

Hoje, 16:28

Você

Caixa de Entrada

-----Mensagem original-----

De: 'Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo' via Revista da ABENO [<mailto:vaniafontanella@terra.com.br>]

Enviada em: domingo, 24 de junho de 2018 16:12

Para: Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo <lilianetannus1@gmail.com>

Assunto: [Rev.ABENO] Agradecimento pela submissão

Dra Liliane Parreira Tannús Gontijo,

Agradecemos a submissão do trabalho "Educação em saúde no segmento adolescente sob a perspectiva das metodologias ativas de ensino-aprendizagem: relato de experiência" para a Revista da ABENO.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/author/submission/704>

Login: lilianetannus1

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Vania Regina Camargo Fontanella

Revista da ABENO

Revista da ABENO

<http://revabeno.emnuvens.com.br/>