

*Série Vivências em Educação na Saúde*

# **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM MOVIMENTO**

**o FormaSB como uma experiência  
de Educação Permanente em Saúde**

ORGANIZADORAS

**Maria Inês Barreiros Senna**

**Elisete Casotti**

**Ana Maria Freire de Souza Lima**



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA

<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORAS

Maria Inês Barreiros Senna  
Elisete Casotti  
Ana Maria Freire de Souza Lima

Série Vivências em Educação na Saúde

# **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM MOVIMENTO:**

**o FormaSB como uma experiência  
de Educação Permanente em Saúde**

1ª Edição

Porto Alegre

2025



Copyright © 2025 by Maria Inês Barreiros Senna, Elisete Casotti, Ana Maria Freire de Souza Lima e  
Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição-NoComercial-Compartilhado 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

## Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

**Alcindo Antônio Ferla**

## Coordenação Editorial

**Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

**Editores Associados:** Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

## Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);  
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);  
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);  
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);  
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);  
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);  
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);  
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);  
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);  
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);  
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);  
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);  
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);  
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);  
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);  
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);  
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial  
Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Camila Fontana Roman  
Carolina Araújo Londero

Revisão  
Tiago Estrela  
Capa | Projeto Gráfico | Diagramação  
Lucia Pouchain

---

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

P769

**Política Nacional de Saúde Bucal em movimento:** o FormaSB como uma experiência de Educação Permanente em Saúde/ Maria Inês Barreiros Senna; Elisete Casotti; Ana Maria Freire de Souza Lima (Organizadoras) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

302 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 37).

E-book: 4.0 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-229-5

DOI: 10.18310/9786554622295

1. Política Nacional de Saúde Bucal. 2. Educação Continuada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Processo de Trabalho em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadoras.

NLM WU 18

CDU 616.314-084

---

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
---------------------------	----------

As organizadoras

## **CAPÍTULO 1**

<b>A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: 36 ANOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS.....</b>	<b>15</b>
---	-----------

Paulo Frazão

## **CAPÍTULO 2**

<b>FORMASB: PERFIL DOS CURSISTAS, PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS E RESULTADOS DA PRIMEIRA OFERTA NACIONAL .....</b>	<b>45</b>
---	-----------

Maria Inês Barreiros Senna, Elisete Casotti, Ana Maria Freire de Souza Lima, Doralice Severo da Cruz Teixeira

## **CAPÍTULO 3**

<b>DO APRENDIZADO À PROPOSTA DE AÇÃO: O COTIDIANO COMO ESPAÇO DE MUDANÇA NAS PRÁTICAS DO SUS, A PARTIR DO CURSO FORMASB .....</b>	<b>75</b>
---	-----------

Thaís Regis Aranha Rossi, Helenita Corrêa Ely

## **CAPÍTULO 4**

<b>AVALIAÇÃO PROCESSUAL DO CURSO FORMASB: ANÁLISE DO CONTEÚDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO FORMATIVO.....</b>	<b>115</b>
---	------------

Ana Maria Freire de Souza Lima, Andrezza Martins do Nascimento, Carla Teixeira Peixoto, Carla Rafaela Gomes da Silva

## **CAPÍTULO 5**

PROTAGONISMO DA TUTORIA NO FORMASB:  
MEDIAÇÃO, APRENDIZADOS E CAMINHOS PARA O  
FORTALECIMENTO DA SAÚDE BUCAL NO SUS .....147

Mônica Villela Gouvêa, Guadalupe Sales Ferreira, Rodolfo  
Macedo Cruz Pimenta

## **CAPÍTULO 6**

MONITORIA VOLUNTÁRIA NO FORMASB: UMA  
EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA  
FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL .....171

Elisete Casotti, Maria Eduarda Andrade dos Passos Ramos, San  
Diego Oliveira Souza, Felipe dos Santos Lisboa, Mônica Villela  
Gouvêa

## **CAPÍTULO 7**

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA DO CURSO FORMASB:  
PRÁTICAS E REFLEXÕES .....197

Andréa Clemente Palmier, Elisete Casotti, Joana Danielle  
Brandão Carneiro

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DOS TUTORES .....221

## **CAPÍTULO 8**

DESAFIOS E FACILIDADES NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE EM TUTORIA *ON-LINE* NO CURSO FORMASB .....223

Emilly Godinho Corrêa

## **CAPÍTULO 9**

INSPIRAÇÃO NOS ENCONTROS DO FORMASB E  
EXPIRAÇÃO EM FORMA DE POESIA: RESPIRANDO NOVOS  
ARES .....235

Elisa Shizuê Kitamura

## **CAPÍTULO 10**

TUTORIA NO FORMASB: INTERAÇÕES, TECNOLOGIAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL.....245

Isabelly Ribeiro Araújo, Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

## **CAPÍTULO 11**

EDUCAÇÃO PERMANENTE E A REORIENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO CURSO “FORMASB” EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE ALAGOAS E MINAS GERAIS.....255

Marília de Matos Amorim, Graziane Ribeiro Couto, Guadalupe Sales Ferreira

## **CAPÍTULO 12**

PROCURANDO DORY: UMA VISITA À MEMÓRIA DO FORMASB.....269

Micheline Lins Lobo

## **CAPÍTULO 13**

A TUTORIA COMO PRÁTICA REFLEXIVA NO CURSO FORMASB: UMA EXPERIÊNCIA ENTRE CAMINHOS, DESAFIOS E APRENDIZAGENS.....279

Richardson Jorge Almeida Meirelles

## **CAPÍTULO 14**

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO CURSO FORMASB: UMA AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA, EVASÃO E PARTICIPAÇÃO EM DUAS TURMAS.....285

Wellen Carla da Luz Benfica Costa, Andréa Clemente Palmier

**LISTA DE AUTORES** .....297



# APRESENTAÇÃO

“Se as coisas são inatingíveis... ora!  
não é motivo para não querê-las.  
Que tristes os caminhos  
se não fora a mágica  
presença das estrelas!”  
(Mario Quintana)

Este livro registra um acontecimento singular: mais de três mil janelas se abriram para alimentar diálogos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal. Foi uma mobilização de trabalhadoras e trabalhadores de pequenas cidades, um Brasil profundo e diverso que se fez presente. Sim, as janelas eram virtuais, mas o espaço foi intensamente habitado por tutores, cursistas, monitores, coordenadores e convidados, todos muito reais.

Foram meses de intensa dedicação, em que a reflexão sobre a dor e a delícia do cotidiano do trabalho em saúde bucal foram o tema dos encontros, que, simultaneamente, reuniram equipes e coordenadores em todo o país. Foi um espaço pensado para encontros e trocas, espaço para caber as palavras poesia, sabedoria, rebeldia e utopia – como no samba<sup>1</sup> que escolhemos para abertura do curso FormaSB.

---

1 “Samba da Utopia”, letra de Jonathan Silva.

Organizar este livro, a partir das fontes disponíveis e dos recursos metodológicos escolhidos, representa apenas um dos muitos olhares possíveis. Não é viável recuperar toda a riqueza e os múltiplos ecos produzidos pelo FormaSB; ainda assim, reunir e organizar alguns de seus vestígios constitui um compromisso com a memória das iniciativas de Educação Permanente em Saúde promovidas pela Política Nacional de Saúde Bucal.

E, sobretudo, é uma maneira de reconhecer e agradecer a cada um que abriu a sua janela e se deixou envolver pelo curso. Porque abrir janelas, por si só, não bastaria: o que valeu foram os diálogos que, estes sim, fizeram o FormaSB acontecer e ganhar vida.

Assim, o livro *Política Nacional de Saúde Bucal em Movimento*: o FormaSB como uma experiência de Educação Permanente em Saúde busca sistematizar as diversas vozes que dialogaram por essas janelas. Ele apresenta e discute a proposta pedagógica e os principais resultados do curso “Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal – FormaSB”, uma ação de Educação Permanente em Saúde voltada ao fortalecimento das equipes e gestores de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). A iniciativa nasceu do compromisso da Coordenação Geral de Saúde Bucal do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com a qualificação do cuidado e com a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), integrando formação, prática e reflexão crítica sobre o trabalho em saúde.

A primeira parte do livro é composta por três capítulos que, de forma integrada, articulam a trajetória histórica e os desafios da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), a experiência do curso FormaSB como ação educativa nacional e os resultados de aprendizagem expressos em projetos de intervenção desenvolvidos pelos cursistas. O primeiro capítulo intitulado “Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 36 anos de conquistas e desafios”, elaborado pelo Prof. Paulo Frazão, se dedica a uma análise abrangente da trajetória da Saúde Bucal no SUS, destacando os marcos históricos, os avanços alcançados e os desafios na consolidação dessa política pública. Os demais capítulos foram de autoria da equipe do FormaSB, da coordenação geral e da coordenação pedagógica, com participação de Doralice Severo da Cruz, pela CGSB/MS, além de contribuições de tutores e monitores do curso.

O segundo capítulo “FormaSB: perfil dos cursistas, princípios pedagógicos e resultados da primeira oferta nacional”, apresenta o FormaSB, suas principais características, proposta pedagógica, além de seus resultados. O texto inclui a análise do perfil dos cursistas e dos desistentes, bem como os motivos declarados para a desistência. Essa análise fornece subsídios para avaliar as contribuições e o potencial do FormaSB como estratégia de apoio à implementação municipal da PNSB. O terceiro capítulo: “Do aprendizado à proposta de ação: o cotidiano como espaço de mudança nas práticas do SUS, a partir do curso FormaSB”, aborda os projetos de intervenção desenvolvidos pelos cursistas. Esses projetos constituem uma síntese concreta do processo de ensino-aprendizagem, pois expressam a articulação entre teoria e

prática e revelam os problemas e as estratégias de enfrentamento elencados, bem como as características das estratégias propostas e seu alinhamento com as diretrizes da PNSB.

A segunda parte do livro reúne quatro capítulos que discutem as percepções dos sujeitos educativos sobre diferentes dimensões do FormaSB por meio da análise crítica e da autorreflexão dos cursistas, tutores, monitores e coordenadores pedagógicos sobre o processo formativo, suas potencialidades, limites e desafios. O quarto capítulo: “Avaliação processual do curso FormaSB: análise do conteúdo e suas contribuições para o processo formativo”, discute os resultados da avaliação processual realizada pelos cursistas sobre o FormaSB. Essa avaliação forneceu subsídios, em tempo oportuno, para promover ajustes no processo pedagógico, contribuindo para o seu desenvolvimento, bem como para o aprimoramento de novas ofertas de EPS. O quinto capítulo: “Protagonismo da tutoria no FormaSB: mediação, aprendizados e caminhos para o fortalecimento da saúde bucal no SUS”; reflete sobre a tutoria como eixo estruturante da proposta pedagógica, e discute como a mediação foi fundamental para aproximar os conteúdos formativos à realidade concreta dos territórios e das equipes, além de potencializar a aprendizagem coletiva. O sexto capítulo: “Monitoria voluntária no FormaSB: uma experiência de extensão universitária na formação em saúde bucal”, apresenta e analisa a participação de estudantes de graduação e pós-graduação em Odontologia como monitores voluntários do FormaSB. Demonstra a importância dessa experiência e seu valor para todos os sujeitos envolvidos, seja para qualificação e

apoio ao processo de tutoria e aprendizagem das turmas, seja pela contribuição na formação profissional e acadêmica dos estudantes monitores no SUS, convergentes com os princípios da Política de Extensão Universitária e da Política de Educação Permanente em Saúde no país. Já o sétimo capítulo: “Coordenação pedagógica do curso FormaSB: práticas e reflexões”, propõe uma análise sobre o papel dos(as) coordenadores(as) pedagógicos(as) no contexto do FormaSB. O texto busca compreender como essa função se articula ao processo de tutoria e à dinâmica formativa, destacando a importância da coordenação pedagógica na mediação entre a proposta educacional, a equipe de tutores e os participantes.

E por fim, a seção de Relatos de Experiências oferece uma perspectiva sensível e reflexiva sobre o papel, a vivência e os aprendizados da tutoria no FormaSB. São narrativas que evidenciam o compromisso ético, o engajamento, os desafios e a potência formadora do encontro entre educadores e trabalhadores do SUS. Foram selecionados sete textos elaborados pelos tutores e tutoras do FormaSB, em alguns casos elaborados em parceria com seus coordenadores pedagógicos, a saber: 1) Desafios e facilidades na Educação Permanente em Saúde em tutoria *on-line* no curso FormaSB; 2) Inspiração nos encontros do FormaSB e expiração em forma de poesia: respirando novos ares; 3) Tutoria no FormaSB: interações, tecnologias e educação permanente em saúde bucal; 4) Educação Permanente e a reorientação do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência do curso “FormaSB” em municípios do estado de Alagoas e Minas Gerais, 5) Procurando Dory: uma visita à memória do

FormaSB, 6) A tutoria como prática reflexiva no curso FormaSB: uma experiência entre caminhos, desafios e aprendizagens e 7) Potencialidades e desafios do curso FormaSB: uma avaliação da frequência, evasão e participação em duas turmas.

Ao reunir análises, avaliações e experiências, este livro *Política Nacional de Saúde Bucal em Movimento: o FormaSB como uma experiência de Educação Permanente em Saúde* constitui um registro dessa iniciativa, em um momento de importante retomada da PNSB na agenda prioritária do governo federal a partir de 2023, e, ao mesmo tempo, um convite à reflexão sobre as possibilidades da formação em serviço como estratégia de fortalecimento das práticas em saúde bucal e qualificação da Atenção Primária. Trata-se de um material que contribui para a consolidação de uma política pública de educação comprometida com a transformação do cuidado e a valorização do trabalho em equipe no SUS.

Desejamos uma excelente leitura!

**As organizadoras**  
novembro, 2025.

## CAPÍTULO 1

# A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: 36 ANOS DE CONQUISTAS E DESAFIOS

Paulo Frazão

## INTRODUÇÃO

As doenças bucais estão entre as de mais alta prevalência no mundo, afetando cerca de 3,7 bilhões de pessoas. Entre essas afecções, a cárie dentária não tratada em dentes permanentes é a condição de saúde mais comum (Global Burden of Disease, 2025).

Diante disso, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde recomendou a mudança da abordagem curativa tradicional para uma abordagem preventiva. Essa abordagem inclui a promoção da saúde bucal na família, nas escolas e nos locais de trabalho, bem como cuidados oportunos, abrangentes e inclusivos. Além disso, propõe a integração das ações de saúde bucal na rede de atenção primária à saúde, na agenda de enfrentamento das doenças não transmissíveis, nos sistemas de serviços de saúde em geral e na política de saúde como um todo (World Health Organization, 2021).

Estruturar um conjunto de medidas que responda aos problemas de saúde bucal em nível populacional é um desafio permanente que depende da dinâmica das estruturas sociais, políticas e institucionais de cada país. Mesmo nos países onde o direito à saúde é assegurado, predomina uma combinação público-privada na provisão de serviços odontológicos (Lara; Frazão, 2021). Conhecer a trajetória da atenção à saúde bucal em diferentes sistemas de saúde é importante para compreender os alcances e as lições de cada experiência.

O objetivo deste capítulo foi descrever a trajetória da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, o conteúdo foi estruturado em cinco seções: o período anterior à criação do SUS e os primeiros dois anos; o período de 1990 a 2002 em que predominaram coalizações<sup>2</sup> de centro-direita na condução das políticas de saúde no país; o período de 2003 a 2016 sob governos amparados em coalizações de centro-esquerda; o período de 2017-2022 que se iniciou sob uma coalização de centro-direita e foi sucedido por uma gestão autocratizante na política e ultraliberal na economia com uma quantidade substancial de oficiais militares e membros das forças armadas; e o período de 2023 a 2024 sustentado por uma frente ampla e caracterizado como de reconstrução das políticas sociais e econômicas enfraquecidas no período anterior.

---

2 Diz respeito a alianças governamentais resultantes de acordos entre partidos políticos e suas lideranças com o propósito de compartilhar recursos políticos para alcançar metas em comum. A formação da aliança pode envolver pelo menos três momentos: o certame eleitoral, o período da constituição do governo e o exercício do governo nos momentos de formulação da agenda de políticas e construção das condições subjetivas e objetivas de sua implementação (Abranches, 1988).



Ao final, apresentam-se desafios duradouros derivados das relações entre Estado e sociedade sob a perspectiva da saúde bucal como um direito de cidadania.

## **ANTES DO SUS E OS PRIMEIROS ANOS**

O marco principal foi a promulgação da Constituição em 1988, quando se completavam dez anos da Declaração de Alma-Ata e 40 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Naquele 5 de outubro, um pacto era estabelecido em torno de um conjunto bastante significativo de direitos individuais e coletivos, de direitos civis, políticos, sociais e republicanos, que para ser conquistados, custaram a vida de muitos brasileiros durante inúmeras lutas por liberdade e justiça social na história do país.

É verdade que o texto da saúde havia sido votado em 17 de maio daquele ano, em uma das sessões (267<sup>a</sup>) da Assembleia Nacional Constituinte. Ali se sacramentou um acordo histórico entre setores de esquerda, centro-esquerda e centro-direita (o “centrão”), que viabilizou a decisão de criar o SUS e inscrever a saúde como direito de todos e dever do Estado (Narvai, 2022).

O embrião desse acordo começou a ser articulado no final dos anos 1970 pelo movimento da reforma sanitária, em simpósios sobre política de saúde realizados na Câmara dos Deputados. Esses debates tiveram forte ressonância nas deliberações da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Antes do SUS, não havia diretrizes que exigissem universalidade,

integralidade, comando único em cada esfera de governo e controle social (Santos, 2018).

Os anos 1970 foram marcados pela repressão, pela tortura, pela suspensão dos direitos políticos, pela censura, mas também pela resistência, pelos movimentos nas periferias contra a carestia e o arrocho salarial, impostos pela ditadura.

Essa resistência cresceu com as greves dos metalúrgicos do ABC Paulista e, em seguida, de outros trabalhadores como bancários, petroleiros e professores que abriram caminho para o fim da ditadura e para a redemocratização do país (Sader, 2001).

Havia uma política deliberada de massiva migração populacional para as periferias urbanas de cidades médias e grandes. Intensificou-se a concentração de renda, e o empobrecimento da população. A tensão social aumentava e uma agenda de transição começou a ganhar contorno com a Lei da Anistia, o fim do bipartidarismo e a eleição direta para governadores em 1982.

A tensão social nos centros urbanos não era mais profunda em decorrência de iniciativas das prefeituras, que criavam alternativas de oferta de serviços sociais básicos, ainda que mínimos e precários. Dezenas de municípios haviam constituído unidades básicas e postos de saúde em seus territórios e acumulavam experiências de uma atenção mais integral com caráter universalizante (Santos, 2018).

A assistência à saúde oferecida pelos serviços previdenciários passava por uma grave crise e as ações do Ministério da Saúde (MS) não tinham financiamento adequado. Havia duas posições disputando projetos de política de saúde:

uma posição conservadora que defendia a lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde por meio da assistência individual, por prestadores privados, e uma posição reformadora que propunha a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde, descentralizada e universalizada que atendesse à toda população.

Em termos de saúde bucal, o Brasil era conhecido como o país dos desdentados. Apenas 5% da população tinha acesso regular ao dentista (Narvai, 1980).

Na 7ª Conferência Nacional da Saúde, a ineficácia, a ineficiência, a descoordenação administrativa, a má distribuição, a baixa cobertura, a alta complexidade, o enfoque curativo, o caráter mercantilista e monopolista, a dependência externa e a inadequação no preparo de pessoal substanciaram a análise dos serviços odontológicos existentes no país. Recomendava-se a formação de um cirurgião-dentista mais generalista, a preparação de pessoal técnico e auxiliar e o estímulo à produção nacional de equipamentos, insumos e tecnologias. Indicava-se também a suspensão dos pagamentos e dos contratos mantidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS, com serviços odontológicos privados, bem como a criação de um núcleo técnico-profissional no Ministério da Saúde que promovesse a inserção da odontologia em um programa de atenção primária articulado em rede com os níveis secundário e terciário. Ainda, defendia-se a expansão da fluoretação da água de abastecimento público e de outros métodos de prevenção da cárie e da doença periodontal, assim como o direito da população à saúde bucal (Brasil, 1980).

Na esteira da redemocratização do país, o movimento da reforma sanitária ganhou força, refletindo-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ano em que também se realizou a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Muitas aspirações da 8ª Conferência foram inseridas nas diretrizes do SUS. Uma muito importante está no artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Outra está no artigo 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II-atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III-participação da comunidade (Brasil, 1988).

Esses artigos se complementam. Ambos reafirmam o conceito ampliado da saúde. Na saúde pública mundial havia uma consciência crescente da limitação dos serviços de saúde para controlar a incidência das doenças nas populações. Desde Alma-Ata defendia-se a necessidade de políticas intersetoriais. Mais tarde, esse conceito daria origem à abordagem *Saúde em Todas as Políticas* difundida pela Organização Mundial de Saúde.

De modo análogo, para enfrentar os problemas de saúde bucal havia uma forte convicção de que não haveria saída pelo modelo curativo, nem que todos os cirurgiões-dentistas

brasileiros passassem a fazer parte do sistema de saúde que estava sendo criado.

Quando o direito à saúde foi aprovado no Brasil, de cada quatro municípios brasileiros, três possuíam menos de 50 mil habitantes. Havia cerca de 19 mil centros e postos de saúde e, de cada cinco unidades, apenas uma oferecia assistência odontológica. Predominavam programas odontológicos centralizados e verticais, tendo escolares e trabalhadores inscritos na Previdência Social como população-alvo.

## **1990-2002: COALIZAÇÕES DE CENTRO-DIREITA**

Os primeiros anos após a criação do SUS foram marcados por grandes dificuldades. Coalizações políticas de centro-direita governaram o país de 1990 a 2002. A despeito disso, foi aprovado o fim do INAMPS e foram promulgadas a Lei n. 8.080, que regula as ações e serviços de saúde, e a Lei n. 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Nesses 12 anos, sob coalizões comprometidas com reformas voltadas à redução do papel do Estado, foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde, a 9ª, a 10ª e a 11ª. Nesse período, também foram estruturados conselhos municipais e estaduais de saúde, as comissões gestoras bipartite e tripartite, e criadas as agências de vigilância sanitária e de saúde suplementar (Paim *et al.*, 2011).

Embora com muita lentidão, as ações e os serviços foram municipalizados. O subfinanciamento do sistema foi uma marca desde os primeiros anos, mantendo-se o gasto público com saúde em torno de 3,7% do Produto Interno Bruto (PIB). A fatia correspondente ao governo federal diminuiu no período, enquanto a porcentagem média dos impostos municipais aumentou. Ao mesmo tempo, os municípios passaram a ser responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos de saúde, e mais de 2/3 dos trabalhadores públicos de saúde no país (Santos, 2018).

Um conjunto importante de políticas intersetoriais começaram a entrar na agenda relacionadas ao controle do tabaco, aos medicamentos genéricos, aos direitos dos portadores de HIV/AIDS, à reforma psiquiátrica, à alimentação e nutrição. No setor saúde, várias iniciativas são lançadas, com destaque para a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família (Paim *et al.*, 2011).

Embora restritos a poucos municípios, esses programas inauguraram um debate importante sobre princípios voltados à qualificação da Atenção Básica e à mudança do modelo de atenção. Contribuiu para isso a criação do Piso da Atenção Básica, que instituiu a transferência automática de recursos financeiros por habitante, ampliando a capacidade de planejamento em nível local.

Na área da saúde bucal, esses 12 anos de coalizações políticas de centro-direita foram anos de poucas conquistas, muitas disputas de projetos e baixa capacidade de gestão federal (Frazão; Narvai, 2009).

As políticas para facilitar o acesso ao uso de fluoretos foram enfraquecidas por propostas divergentes. Os progressos alcançados durante a transição democrática, em relação ao Programa Nacional de Fluoretação da Água de Abastecimento Público, quando a cobertura avançou de sete para 60 milhões de habitantes, acabaram sendo interrompidos. Linhas de financiamento foram descontinuadas, inclusive com a tentativa de implantação de um programa de fluoretação do sal de cozinha, que não prosperou graças a resistência de representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde, de lideranças sindicais e de setores ligados às universidades e à pesquisa científica que, de forma organizada, denunciaram as fragilidades técnicas do projeto (Neder; Manfredini, 1991; Narvai, 2000).

Em relação aos dentifrícios fluoretados, em 1989 foi aprovado um dispositivo normativo que estabelecia a concentração mínima de 1.100 ppm e máxima de 1.500 ppm de fluoreto solúvel para a comercialização do produto. No entanto, essa exigência, essencial para assegurar a segurança e a efetividade preventiva, foi removida em 1994. Desde então, os requisitos sanitários passaram a fazer referência apenas à concentração máxima total de fluoreto, que não deve exceder 0,15% ou 1.500 partes por milhão, ppm (Anvisa, 2021).

A inclusão dos Procedimentos Coletivos de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, em 1992, criou condições para o financiamento, com recursos do Fundo Nacional de Saúde, de atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde

bucal, por meio de programas de bochechos fluoretados e de escovação dental supervisionada com dentifrício fluoretado. Em 1997, mais de 88 milhões de reais foram gastos pelo governo federal, alcançando uma cobertura superior a 15% dos escolares entre 5 e 14 anos (Frazão, 1998).

Excetuando-se a incorporação dos Procedimentos Coletivos na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, que representou uma importante fonte de inovação na política pública, ficou clara na 2ª CNSB que havia grande falta de sintonia entre o governo federal e as aspirações de estados e de municípios que não encontravam apoio para as mudanças que estavam sendo realizadas (Frazão; Narvai, 2009).

Em 1993, o então presidente da República, Itamar Franco, vetou a lei que regulamentava o exercício das profissões de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário (Projeto de Lei da Câmara nº 53, de 1993) aprovado na Câmara dos Deputados, sob o falso argumento de que a regulamentação desmotivava o aperfeiçoamento profissional daqueles que exerciam atividades auxiliares e de apoio nos serviços odontológicos (Frazão; Narvai, 2011).

Com o processo de descentralização, as principais mudanças nas políticas públicas de saúde bucal ocorreram em estados e municípios com maior capacidade de gestão e compromisso com o SUS. É nesse período que o número de municípios sem recursos de assistência odontológica diminuiu; que os consultórios, antes fixados em escolas, foram realocados para a rede básica, propiciando uma maior integração das ações de saúde bucal aos demais programas. Recursos do Fundo Nacional de Saúde começaram a financiar,



regularmente, programas de aplicação tópica de flúor e de escovação dental supervisionada nas escolas.

Floresceram experiências locais nas quais grupos populacionais, antes excluídos do exercício dos seus direitos mais elementares, passaram a ser alcançados por programações específicas segundo o ciclo de vida, características étnicas e o contexto social. Adultos e idosos, trabalhadores e desempregados, populações tradicionais como indígenas, quilombolas e ribeirinhos, pessoas com sofrimento mental, pessoas privadas de liberdade, passaram a ter acesso à assistência odontológica. Várias iniciativas de incorporação do cirurgião-dentista nas equipes do Programa Saúde da Família foram documentadas. Após muitos anos de reivindicações, no final desse período de coalizações de centro-direita foi aprovada a inserção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família (Frazão, 2009).

Em que pesem os progressos da atenção à saúde bucal no SUS, decorrentes dos esforços de municípios e estados em que a defesa da saúde bucal coletiva esteve presente na agenda política, o saldo final desse período é francamente favorável à expansão do capital nos serviços odontológicos. Esse processo se beneficiou do vertiginoso crescimento do número de usuários de operadoras de planos exclusivamente odontológicos e da multiplicação de vagas e de cursos de odontologia em instituições privadas (Vieira; Costa, 2008).

Os resultados das eleições de 2002 para presidente vieram carregados de esperança e anunciaram um novo horizonte, que parecia disposto a enfrentar os desequilíbrios resultantes da hegemonia do mercado no setor saúde.

## 2003-2016: COALIZAÇÕES DE CENTRO-ESQUERDA

Uma coalização de centro-esquerda assumiu o governo federal e se manteve por 14 anos. Com ampla participação social, nesse período foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde, da 12<sup>a</sup> à 15<sup>a</sup>, e também a 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal. Nessa conferência, foi aprovado um conjunto vigoroso de diretrizes políticas, muitas das quais se transformaram em políticas públicas com financiamento regular e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS.

Nos primeiros 12 anos, destacou-se a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (2003), a Política Nacional de Atenção Básica (2006), a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), Programa Saúde na Escola (2007) as Unidades de Pronto-Atendimento (2008) os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Paim *et al.*, 2011).

O estudo epidemiológico sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2003) foi publicado e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (2004) foi lançada. Com isso, cresceu a transferência de recursos financeiros para apoiar estados e municípios na provisão de serviços básicos e especializados de saúde bucal no SUS (Cristo *et al.*, 2020). A cobertura da fluoretação da água voltou a se expandir, assim como o número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Estabelecimentos novos como centros de especialidades odontológicas (CEO) e laboratórios municipais e regionais de prótese dentária (LRPD), criados

nesse período, também experimentaram expressiva expansão (Costa *et al.*, 2006, Frazão; Narvai, 2017).

Em que pesem os ataques desferidos pela odontologia de mercado, o Congresso Nacional regulamentou as profissões de Técnico e de Auxiliar em Saúde Bucal em 2008 (Frazão; Narvai, 2011).

Entretanto, alguns anos depois, as jornadas de protestos de 2013 contra o aumento das tarifas de ônibus urbanos desvelaram a crise de representação do sistema político do país. A consequência, com raras exceções, foi a drástica redução dos índices de aprovação de governadores, prefeitos, autoridades do legislativo e também da então presidenta Dilma Rousseff. A partir desse momento, setores conservadores e ultraliberais, sob orientação de uma agenda de disseminação internacional do projeto neoliberal (Vidal; Lopez, 2022), começaram a vislumbrar uma brecha para enfraquecer a coalizão de centro-esquerda por meio de uma cruzada anticorrupção, impulsionada por uma aliança entre segmentos do sistema judiciário e os grandes meios de comunicação (Alonso, 2021).

Não obstante o acirramento das disputas, os doze primeiros anos da coalização de centro-esquerda encerraram-se com a consolidação de importantes políticas setoriais e intersetoriais. Essas políticas estiveram relacionadas ao planejamento e à articulação interfederativa, conforme o Decreto n. 7.508/2011, ao acesso à informação, nos termos da Lei n. 12.527/2011, ao enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis (Malta *et al.*, 2016), bem como ao provimento de médicos e à melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Giovanella *et al.*, 2016).

A construção da PNSB nesse período expressa grande esforço para expansão das ações especializadas e maior inserção da atenção à saúde bucal voltada às pessoas com deficiência (Chaves *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2022) e às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (Castro; Traebert, 2017). Olhando para o período como um todo, nota-se que a saúde bucal se manteve presente na agenda política, não apenas do Ministério da Saúde, mas do governo federal como um todo, em decorrência da articulação de políticas setoriais e de políticas intersetoriais envolvendo ministérios e áreas responsáveis pelo desenvolvimento agrário, social, educação, justiça, esporte, ciência e tecnologia (Narvai, 2020).

Na comparação com as coalizações de centro-direita do período anterior, a fração odontológica no gasto do Ministério da Saúde, em valores corrigidos, aumentou 22% (Cristo *et al.*, 2020). Embora a fatia do PIB relativa ao gasto público com saúde não tenha sofrido alterações significativas no período, e o subfinanciamento do SUS tenha sido mantido, o crescimento médio do PIB do país no período, foi duas vezes maior em relação às coalizações de centro-direita que governaram o país entre 1990 e 2002.

O saldo do período foi bastante positivo, com efeito importante na mobilidade das classes de renda. Esse contexto também favoreceu a expansão do capital nos serviços odontológicos, que manteve taxas positivas de crescimento do número de usuários de operadoras de planos exclusivamente odontológicos e do número de vagas e de cursos de odontologia em instituições privadas.

A despeito das agendas conflitantes entre os poderes da República, Executivo, Legislativo e Judiciário, e entre as demais esferas de governo que gozam de autonomia política, administrativa e financeira, bem como das restrições impostas pela correlação de forças em torno do orçamento público, esse legado culminou na vitória eleitoral da coalização de centro-esquerda nas eleições de 2014.

Entretanto, o resultado não foi aceito pelos setores derrotados, e nos dois anos seguintes, diferentes segmentos foram retirando seu apoio à coalização, a fim de criar condições para a interrupção do governo legitimamente eleito. Durante esse processo de impeachment, assistiu-se a jogos de cena que culminaram em um verdadeiro teatro de horrores, marcado por elogios à cultura da violência e da intolerância de todos os tipos. Esse cenário sinalizou a intensificação das manifestações de ódio às instituições políticas e a multiplicação de fatos distorcidos e de informações falsas na internet e nas redes sociais (Alonso, 2021).

Direitos e conquistas sociais pactuados na Constituição passaram a ser tomados como privilégios. Uma onda de ataques foi desferida às instituições do Estado, à democracia, aos assalariados públicos e privados e aos aposentados. No final de 2015, tem início um período que será marcado por trocas de titulares na condução da saúde bucal do MS, em decorrência da perda de sua relevância na agenda da política de saúde.

## 2016-2022: COALIZAÇÕES DE CENTRO-DIREITA

A ruptura do pacto institucional, em decorrência da destituição de um governo legitimamente eleito, foi engendrada por uma onda conservadora impulsionada por uma aliança composta por economistas liberais que defendem continuamente a tese de uma crise fiscal “estrutural” do Estado, que exige a brutal redução do tamanho do Estado; os partidos políticos liberais que representam os interesses da classe rica e da classe média rentista; as representações políticas de base evangélica, militar e do agronegócio do Congresso Nacional; e a grande mídia e setores do Judiciário que tem sido instrumentos para projetos de redução do Estado e das políticas de proteção social. Com isso, uma coalização de centro-direita assumiu o comando do país por meio do governo federal em agosto de 2016. Esse processo deu início a um período de instabilidade política e econômica, cuja consequência foi a redução de recursos para financiar a educação, a saúde, a ciência e a tecnologia (Frazão *et al.*, 2021).

Se as coalizações de centro-direita dos anos 1990 trouxeram restrições ao setor da saúde, com a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Desvinculação das Receitas da União, a aprovação da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, EC n. 95/2016, estabeleceu um padrão ainda mais radical de contenção do Estado. Isso ocorreu porque a emenda alterou o regime fiscal, impondo um horizonte de 20 anos de perdas progressivas de receitas vinculadas às políticas públicas de proteção social (Rossi; Dweck, 2016).

Com isso, um conjunto de contrarreformas foram impulsionadas, atingindo o trabalho, a previdência, os mecanismos

de participação e controle social. Essa etapa de desfinanciamento progressivo da saúde abriu caminho para a redução das condicionalidades programáticas dos mecanismos de transferências financeiras para os municípios. Esse processo estimulou a fragmentação do sistema público, a segmentação da assistência e, de forma indireta, os arranjos público-privados (Santos, 2018; Massuda *et al.*, 2018).

Na Atenção Básica à saúde, as modificações introduzidas favoreceram a relativização da cobertura universal, segmentação do acesso, alteração na composição das equipes, reorganização do processo de trabalho e fragilização da coordenação nacional da política (Morosini *et al.*, 2018).

A partir de 2017, diminuem drasticamente tanto os repasses financeiros da União para estados e municípios destinados aos gastos com saúde bucal na Atenção Básica e especializada quanto o número de primeiras consultas odontológicas programáticas, de tratamentos endodônticos e de procedimentos periodontais por sextante (Rossi *et al.*, 2019). Em relação às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde bucal, estudos confirmaram reduções em âmbito nacional (Chisini *et al.*, 2019; Chaves *et al.*, 2020; Frazão, 2022).

Com a eleição de uma coalização conservadora no plano político e ultraliberal no plano econômico, no final de 2018, aprofundaram-se as medidas voltadas à austeridade fiscal, à redução do papel do Estado e à deterioração da democracia no país.

Nesse contexto, sob protestos do Conselho Nacional de Saúde, mas com apoio da Comissão Intergestores Tripartite, o governo federal mudou a política de financiamento da Atenção

Básica (Previne Brasil), criou a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei n. 13.958), e definiu a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.

Diante da Pandemia de covid-19, o governo federal deixou de cumprir tanto seu dever constitucional de proteger a saúde da população, quanto a obrigação prevista no Regulamento Sanitário Internacional, de adotar medidas para conter a propagação do vírus. Os fatos levaram à criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Senado Federal, que documentou medidas constitutivas de uma estratégia de disseminação da covid-19 no território nacional, associada a motivações econômicas, eleitorais e ideológicas (Ventura *et al.*, 2024).

Na saúde, houve redução do número de profissionais, redução do acesso a medicamentos, piora de indicadores e aumento das pessoas que dependiam do SUS (Chioro *et al.*, 2023). A catástrofe não foi ainda maior graças aos estados e municípios, que comandavam o SUS em suas esferas de atuação (Bousquat *et al.*, 2021).

A saúde bucal deixou de ser prioridade na agenda do Ministério da Saúde (Santos, 2023) e somente uma mudança política poderia colocar fim à situação.

## **2023: FRENTE AMPLA DE RECONSTRUÇÃO E UNIÃO NACIONAL**

Essa mudança ocorreu com a eleição de 2022. Com a posse do novo governo, uma extensa agenda de reconstrução da



PNSB foi aberta. Primeiro, com a recomposição do orçamento para a retomada das políticas públicas, entre as quais, a saúde. Segundo, o resgate das relações federativas por meio dos processos de pactuação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com isso, foi possível efetuar a atualização dos valores transferidos para estados e municípios e assegurar a expansão das equipes de saúde bucal na Atenção Básica à Saúde, bem como a ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas, dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e das unidades odontológicas móveis, incluindo também o aumento do provimento de cirurgiões-dentistas nas unidades de pronto atendimento. Análises mostraram que os valores transferidos para estados e municípios destinados ao provimento da Atenção Básica e especializada cresceram. Descontada a inflação, de 2022 para 2023 houve um aumento de 25,5%, e de 2023 para 2024, um aumento de 72,9% (Vilela *et al.*, 2024, 2025).

Além disso, em 2023 foi promulgada a Lei n. 14.572, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde e alterou a Lei n. 8.080/1990, incluindo a saúde bucal no campo de atuação do SUS (Brasil, 2023). O artigo 3º estabeleceu dez diretrizes para a institucionalização da PNSB.

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou o documento “Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n. 14.572/23”, identificando 83 ações destinadas a impulsionar a aplicação das dez diretrizes da PNSB em cada território.

Em um país de dimensões continentais e tão diversificado, é relevante compartilhar possibilidades junto aos entes federativos para que se possa, de forma pactuada, exercer o dever do Estado, e tomar decisões nos diferentes níveis de governo, para conferir efetividade social à *Lei da Saúde Bucal no SUS* (Brasil, 2024b).

A Portaria n. 3.493/24 definiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2024a). Os recursos do componente fixo passaram a ser transferidos segundo um índice que considera a vulnerabilidade social e o porte populacional, enquanto os recursos do componente vínculo e acompanhamento territorial passaram a incluir critérios demográficos e de vulnerabilidade, além da completude do cadastro e da satisfação do usuário. O valor do componente de qualidade passou a considerar o alcance dos resultados nos indicadores pactuados e a classificação da equipe. O ano de 2024 encerrou-se com a publicação da Portaria MS n. 6.213, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde Bucal na Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito do SUS (Brasil, 2024c).

Denota-se, nesse curto período de dois anos, um saldo bastante positivo, em que se destacaram também, entre outras iniciativas, a) o investimento para reestruturação dos serviços com a compra de milhares de equipamentos para substituir itens sucateados e cobrir vazios assistenciais; b) as ações para qualificação do uso de fluoretos em nosso meio; c) as iniciativas na gestão do trabalho e educação como o FormaSB (curso de atualização *on-line* e gratuito destinado a equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família e coordenadores municipais de

saúde bucal voltado à qualificação do processo de trabalho das equipes e auxiliar na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal nos municípios); d) as ações na saúde digital e no programa saúde na escola; e) a criação dos serviços de especialidade de saúde bucal para municípios com até 20 mil habitantes, e f) a aposta na construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal por meio da linha de cuidado ao câncer de boca.

Em que pese o êxito desse esforço de reconstrução das várias linhas de ação exigidas pelas diretrizes da PNSB, sua implementação plena vai depender de múltiplos aspectos que atravessam o sistema político e a estrutura econômica do país, condicionando as relações Estado-sociedade e o financiamento do SUS.

## **ALGUNS DESAFIOS À GUIA DE CONCLUSÃO**

Um importante desafio é conhecer e interagir com a institucionalidade do SUS, a fim de exigir responsabilidade das autoridades sanitárias de todas as esferas de gestão, dos comitês tripartite e bipartite, e das instâncias de participação e controle social. A gestão pública da saúde depende de relações entre Estado e sociedade que assegurem a capacidade de produzir, de forma equitativa e sustentável, cuidados de saúde de ótima qualidade e controle dos níveis de saúde. Para isso, é crucial que as autoridades públicas e representantes da sociedade estejam comprometidos com a construção de um SUS resiliente e sustentável, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e que seja

capaz de se proteger em relação às tendências de mercantilização e de medicalização que atravessam o setor da saúde.

A governança do SUS é composta por milhares de autoridades públicas e lideranças da sociedade que, periodicamente, pactuam rumos e projetos para o SUS. É preciso interagir com essa estrutura para que ela assuma compromissos com a implementação das diretrizes da Lei da Saúde Bucal no SUS (Brasil, 2023), com as 83 ações estratégicas ligadas às dez diretrizes da Lei (Brasil, 2024b), e com a construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Brasil, 2024c). Toda unidade vinculada ao SUS tem o dever de informar ao cidadão sobre os programas e serviços de atenção à saúde bucal que estão funcionando no seu território de atuação.

Um segundo desafio é conhecer a realidade e se organizar para impulsionar a direção e o rumo apropriado a cada contexto. Para isso, é preciso saber para onde se quer caminhar e dispor dos meios e instrumentos adequados. A boa notícia é que a experiência da cárie dentária continua declinando nas crianças, nos jovens e nos adultos, em todas as faixas de renda e escolaridade (Brasil, 2024d), em decorrência do impacto acumulado das políticas de prevenção da cárie, no caso brasileiro, da adição de flúor à água e ao creme dental (Nascimento *et al.*, 2013).

A má notícia é que, embora essa diminuição ocorra em todos os grupos, ela não é homogênea, varia geograficamente e atinge desproporcionalmente os grupos sociais (Narvai *et al.*, 2006) segundo marcadores sociais de renda, escolaridade, etnia, gênero entre outros aspectos (Nath *et al.*, 2021; Silva-Sobrinho *et al.*, 2022; Fakhrjahani *et al.*, 2024).

Uma parte das causas diz respeito ao modelo de desenvolvimento econômico brasileiro que beneficiou primeiro as Regiões Sul e Sudeste. Isso é nítido para a trajetória de expansão da eletricidade, e de outras políticas públicas como a água tratada, a coleta de esgoto e a coleta de lixo (Arretche, 2015). Registre-se que até a elaboração deste capítulo, a população de nove capitais das Regiões Norte e Nordeste, ainda não tinham acesso regular ao benefício da fluoretação da água previsto pelas Leis n. 6.050/1974 e n. 14.572/2023.

Essa tecnologia é uma estratégia de saúde pública comprovadamente eficaz na prevenção e redução da cárie dentária. Quando alcança bairros ricos e pobres tem forte potencial para redução das desigualdades socioeconômicas na distribuição da doença (Frazão; Narvai, 2017). Garantir a efetividade da sua provisão é um passo fundamental para promover a saúde bucal em nível populacional e reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados odontológicos (Guarnizo-Herreño *et al.*, 2021). Isso é ainda mais crucial no Brasil, onde o gasto público em saúde bucal tem se limitado a 0,07% do PIB (Brasil, 2018), enquanto, em alguns países europeus de economia equivalente, tem alcançado 0,12% do PIB (Winkelmann *et al.*, 2022).

A perda dentária precoce afeta todos os grupos de jovens, adultos e idosos, mas atinge mais gravemente, as mulheres, os negros, os indígenas, os pobres, os periféricos e todos aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade. Essa dívida social está ligada ao gasto público com a saúde bucal, que ainda é modesto, principalmente por parte dos governos estaduais. De cada R\$100

gastos por todas as esferas de governo, apenas R\$6 vêm tendo origem nos governos estaduais (Brasil, 2018).

A consequência é uma estrutura de serviços públicos odontológicos subdimensionada em relação às necessidades de saúde bucal da população. O número de cirurgiões-dentistas vinculados ao SUS permanece, em média, na razão de um cirurgião-dentista para cada 4 mil habitantes, havendo muitas áreas com um profissional para cada 8 mil ou mais habitantes (Cascaes *et al.*, 2018). A participação do Técnico em Saúde Bucal, essencial para a mudança do modelo de atenção, não se alterou desde 2016 e permanece bastante modesta (Aguiar; Frazão, 2016). Com isso, o acesso a um tratamento precoce e integral no SUS é restrito, e a maioria da população acaba realizando tratamentos tardios e mutiladores.

A 17ª CNS aprovou várias diretrizes e propostas para a saúde no país, entre as quais, ampliar o gasto público em saúde em pelo menos dois pontos percentuais do Produto Interno Bruto (P124); pautar a saúde bucal como prioridade para todos (D23); convocar, por parte do Conselho Nacional de Saúde, no início de 2024, a 4ª CNSB (P17); tornar obrigatória a composição da equipe de saúde bucal composta por auxiliar em saúde bucal, técnico em saúde bucal e o cirurgião-dentista (P57); e defender a valorização salarial e profissional.

Além disso, os participantes indicaram o estabelecimento de cooperação financeira, técnica e operacional da União com os estados, e destes com os municípios, a fim de fortalecer as ações de a) expansão e qualificação da fluoretação das águas, alimentação saudável e controle do tabagismo (P123); e b) apoio às redes de Escolas de Saúde Pública e de Escolas Técnicas do SUS, visando à

oferta regular e contínua de residências e cursos de pós-graduação multiprofissionais em saúde pública ou coletiva, bem como de cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias, Enfermagem e Saúde Bucal (P223).

Mais de 100 mil profissionais e trabalhadores da saúde bucal vinculados ao SUS têm alguma experiência com a realidade sanitária e epidemiológica das doenças e agravos da saúde bucal que afetam a população. Mais do que nunca, caberá a eles interagir com a estrutura de governança do SUS para que ela assuma compromissos com a implementação das diretrizes da Lei da Saúde Bucal no SUS.

Com isso, será possível apoiar as equipes de saúde bucal para o desafio de condicionar o modelo procedimento-centrado voltado ao tratamento dos sinais e sintomas ao modelo referenciado na teoria da produção de cuidado (Carneiro *et al.*, 2024); integrar as atividades de atenção e de vigilância tendo o território como uma referência concreta (Frazão, 2025); e fazer cumprir, de fato, as diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-38, 1988.

AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. A insuficiência da política pública para a inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 297-318.

ALONSO, A. La reacción patriota en Brasil. **Población & Sociedad**, v. 28, n. 2, p. 8–28, 2021.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução n. 530, de 4 de agosto de 2021**. Dispõe sobre a lista de substâncias que os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes não devem conter, exceto nas condições e com as restrições estabelecidas, a lista de componentes de fragrâncias e aromas que devem ser indicados na rotulagem desses produtos em condições específicas e internaliza a Resolução GMC MERCOSUL n° 24/11, alterada pela Resolução GMC MERCOSUL n° 37/20. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 119–129, 11 ago. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/08/2021&jornal=515&pagina=119&totalArquivos=151>. Acesso em: 20 out. 2025.

ARRETCHE, M. **Trajetória das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

ASSIS, M. F. A. *et al.* **Resultados da Política Nacional de Saúde Bucal em 2024**. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/eixo/analise-de-politicas-de-saude-bucal-no-brasil/?tab=matriz>. Acesso em: 20 out. 2025.

BOUSQUAT, A. *et al.* Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, v. 1, n. 128, p. 13–26, 2021.

BRASIL. 7ª Conferência Nacional da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-7a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 70, p. 100, 11 abr. 2024a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n° 14.572/23. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, 2024b. 35 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 6.213, de 19 de dezembro de**



2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 156, 20 dez. 2024c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/12/2024&jornal=515&pagina=156&totalArquivos=227>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, 2024d. 537 p.

CARNEIRO, J. D. B.; BOUSQUAT, A. E.; FRAZÃO, P. A implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito da saúde bucal a partir do modelo de coalizão de defesa em duas regiões de saúde no Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 14, n. 2, p. 1-17, 2022.

CARNEIRO, J. D. B.; CRUZ, D. S.; FRAZÃO, P. Integração da saúde bucal na rede de atenção do Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E. (orgs.). **Coordenação e continuidade do cuidado**: práticas e trajetórias assistenciais nas redes de atenção à saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 55-91.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018.

CASTRO, A. A. P.; TRAEBERT, J. Marco regulatório de saúde penitenciária: a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no Brasil. *Revista Contemporânea*, v. 5, n. 5, e8023, 2025.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

CHAVES, S. C. L.; ARANHA-ROSSI, T. R.; LIMA, A. M. F. S. Dental service coverage and oral health promotion community actions in primary care in Brazil between 2003 and 2019. **Health Policy OPEN**, v. 1, p. 100022, 2020.

CHIORO, A. *et al.* Scorched Earth: the portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 38, n. 5, p. 1105-1116, 2023.

CHISINI, L. A. *et al.* A 19-years study of the dental procedures performed in the Brazilian Unified Health System. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 345-353, 2019.

COSTA, J. F.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (Orgs.). **A política nacional**

**de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11)

CRISTO, C. S. *et al.* Gasto federal com ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde no período de 1995 a 2013. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 103-116, 2020.

FAKHRJAHANI, I. *et al.* A scoping review of oral health outcomes and oral health service utilization of 2SLGBTQ+ people. **JDR Clinical & Translational Research**, v. 9, n. 3, p. 199–211, 2024.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: vinte anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 64-71, 2009.

FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**. São Paulo: Fundação Editora da Universidade Estadual Paulista, 1998. p. 159-174.

FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 712-713, 2009.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei nº 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 109-123, 2011.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 47, 2017.

FRAZÃO, P. *et al.* O papel da Saúde Bucal Coletiva na vigilância e na Atenção Básica à saúde frente à COVID-19. In: NÉTTO, O. B. S. *et al.* (Orgs.). **Diálogos Bucaleiros: reflexões em tempos pandêmicos**. 1. ed. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. v. 1, p. 313-330.

FRAZÃO, P. The use of fluorides in public health: 65 years of history and challenges from Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 15, p. 9741, 2022.

FRAZÃO, P. Vigilância em Saúde Bucal. In: OLIVEIRA, A. E. F. *et al.* (Orgs.). **Módulo 2 do Curso de Formação para Gerentes de Serviços de Especialidades em Saúde Bucal**. São Luís: EDUFMA, 2025.

GBD GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2021 ORAL DISORDERS COLLABORATORS. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, v. 405, n. 10482, p. 897-910, 2025.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa

Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Epidemiology, politics, and dental public health. In: PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F.; WATT, R. G. (Eds.). **Oral epidemiology**. Edinburgh: Springer, 2021. p. 419-436.

LARA, J. V. I.; FRAZÃO, P. Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: an integrative review. **Health Policy OPEN**, v. 2, p. 100042, 2021

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, e000829, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NASCIMENTO, S. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 69-77, 2013.

NARVAI, P. C. A questão odontológica. **Saúde em Debate**, v. 5, n. 10, p. 35-36, 1980.

NARVAI, P. C. Ocaso do “Brasil Sorridente” e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175-187, 2020.

NARVAI, P. C. **SUS**: uma reforma revolucionária: para defender a vida. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 381-392, 2000.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 385-389, 2006.

NATH, S. *et al.* Dental health inequalities among Indigenous populations: a systematic review and meta-analysis. **Caries Research**, v. 55, n. 4, p. 268-287, 2021.

NEDER, A. C. N.; MANFREDINI, M. A. Sobre a oportunidade de fluoretar o sal no Brasil: a modernidade do atraso. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 73-76, 1991.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impacts of the new fiscal regime on health and education. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, e00194316, 2016.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, dez. 2019.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

SANTOS, L. P. S. *et al.* A. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1575-1587, 2023.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SILVA SOBRINHO, A. R. *et al.* Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: uma revisão de escopo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e134, 2022.

VENTURA, D. F. L. *et al.* Resposta federal à covid-19 no Brasil: responsabilização penal de autoridades com prerrogativa de foro junto ao Supremo Tribunal Federal (2020-2023). **Revista Direito e Práxis**, v. 15, n. 4, e81448, 2024.

VIDAL, C.; LOPEZ, J. (Re)pensando a dependência latino-americana: Atlas Network e institutos parceiros no governo Bolsonaro. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 38, e255192, 2022.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1579-1588, 2008.

VILELA, D. M. O. C. *et al.* **Financiamento Federal da Política Nacional de Saúde Bucal em 2023**. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2024.

VILELA, D. M. O. C. *et al.* **Financiamento Federal da Política Nacional de Saúde Bucal em 2024**. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2025.

WHO. **Seventy-Fourth World Health Assembly**: oral health. Agenda item 13.2. Geneva: World Health Organization, 2021. 5 p.

WINKELMANN, J.; VAN GINNEKEN, E.; GOMEZ ROSSI, J. Oral health care in Europe: financing, access, and provision. **European Journal of Public Health**, v. 32, suppl. 3, ckac129-372, 2022.

## **CAPÍTULO 2**

# **FORMASB: PERFIL DOS CURSISTAS, PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS E RESULTADOS DA PRIMEIRA OFERTA NACIONAL**

**Maria Inês Barreiros Senna  
Elisete Casotti  
Ana Maria Freire de Souza Lima  
Doralice Severo da Cruz Teixeira**

## **INTRODUÇÃO**

A promulgação da Lei n. 14.572, em 8 de maio de 2023, representa um marco legal e histórico para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ao instituí-la no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e alterar a Lei n. 8.080/1990 para incluir a saúde bucal como campo de atuação do SUS (Brasil, 2023). A norma estabelece dez diretrizes que definem responsabilidades compartilhadas entre os entes federados para a implementação da PNSB. Entre elas, destaca-se a sexta diretriz, que trata da Política

de Educação Permanente em Saúde, voltada ao aprimoramento dos trabalhadores da área, em consonância com as necessidades da população e com os princípios do SUS.

Nesse contexto, foi criado o curso Formação em Saúde Bucal: Processo de Trabalho e Implementação Municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (FormaSB), como uma oportunidade de aprendizagem e troca de experiências entre equipes e gestores da saúde bucal, no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2004). O curso teve como foco o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e a implementação municipal das diretrizes da PNSB.

A iniciativa, promovida pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) do Departamento de Estratégias e Saúde Comunitária (DESCO), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS), e executada em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (TED 184-2023), foi estruturada como um instrumento de apoio ao desenvolvimento das práticas profissionais e ao fortalecimento da PNSB. Para isso, fundamentou-se em concepções pedagógicas críticas e em metodologias participativas, alinhadas aos princípios do SUS e aos atributos da APS.

O FormaSB foi concebido e direcionado, inicialmente, aos municípios de pequeno porte populacional, com prioridade para aqueles das regiões Norte e Nordeste. Seu objetivo foi reunir diferentes atores sociais implicados com

o direito à saúde bucal, oferecendo um espaço de discussão coletiva entre os profissionais das equipes de saúde bucal (eSB) e coordenadores municipais (ou cargos equivalentes). Nessas discussões, buscou-se analisar realidades locais, identificar desafios e potencialidades e pactuar estratégias de qualificação da PNSB e da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), à luz das novas diretrizes legais.

Por se tratar da primeira oferta do curso, com abrangência nacional, torna-se necessário compreender quem foram os cursistas envolvidos no processo formativo, suas características sociodemográficas e profissionais, bem como os contextos institucionais e territoriais de atuação. Esse levantamento permite avaliar se o público-alvo foi de fato alcançado. Além disso, o estudo das taxas de evasão e de integralização é essencial para analisar a adequação das estratégias pedagógicas adotadas e verificar em que medida os objetivos de aprendizagem e de fortalecimento do processo de trabalho em saúde bucal foram atingidos.

Nesse sentido, este capítulo apresenta, em linhas gerais, o curso FormaSB, suas principais características, proposta e princípios pedagógicos, além de seus resultados, incluindo o perfil dos cursistas e dos desistentes, bem como os motivos declarados para a desistência. Essa análise fornece subsídios concretos para avaliar o potencial do FormaSB como estratégia de apoio à implementação municipal da PNSB, com maior aderência às necessidades reais dos territórios e favorecendo a construção de políticas públicas mais equitativas, efetivas e sustentáveis.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para o desenvolvimento deste capítulo, foram utilizadas as seguintes fontes de dados: o caderno do curso FormaSB (no prelo), os dados primários coletados durante os processos de matrícula e certificação dos cursistas, e o formulário de investigação dos motivos de evasão do curso.

A coleta e a autorização de uso dos dados primários utilizados neste capítulo foram previstas no projeto de pesquisa Análise dos efeitos de uma ação educativa para equipes e gestores de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde no Brasil, registrado sob o CAAE n. 78949724.2.0000.5149 e aprovado pelo Parecer nº 6.854.546, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

## **CADERNO DO CURSO FORMASB**

O caderno do curso foi utilizado para apresentar as principais características da oferta do curso e os princípios da prática pedagógica adotada. Nele se encontram desde a contextualização da proposta até os planos de ensino e as atribuições da equipe pedagógica, oferecendo uma visão abrangente do percurso formativo.

## **INSTRUMENTO DE MATRÍCULA DOS CURSISTAS**

A matrícula dos cursistas foi realizada por meio de uma plataforma on-line, que assegurou agilidade e padronização ao



processo. Essa etapa incluiu a coleta de informações relativas à localidade de origem, identificação pessoal, formação acadêmica e inserção na Atenção Básica. A análise desse banco de dados permitiu descrever a distribuição do volume de matrículas nas diferentes regiões e estados brasileiros, bem como traçar o perfil dos participantes.

## **INSTRUMENTOS DE REGISTRO DA CERTIFICAÇÃO DOS CURSISTAS**

A análise da certificação dos cursistas foi conduzida pelo(a) tutor(a) responsável pelo acompanhamento de cada turma, com registro em formulário próprio. A classificação contemplava as seguintes opções: “nunca frequentou”; “frequência insuficiente” e “apto para certificação”. Para ser considerado apto à certificação, o cursista deveria ter frequência mínima de 75% nos encontros síncronos e apresentar o produto final previsto no plano de curso.

Esse produto consistiu em uma síntese da RASB do município, acompanhada de reflexões sobre os principais problemas e estratégias de enfrentamento, à luz das diretrizes da PNSB. Tal produção representou o resultado do conjunto de atividades desenvolvidas e discutidas ao longo do curso. As variáveis de certificação, “nunca frequentou”, “frequência insuficiente” e “apto à certificação”, foram posteriormente associadas ao banco de dados de matrícula, constituindo um banco unificado.

## FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS MOTIVOS DA EVASÃO DO CURSO

Para investigar os motivos da evasão entre aqueles que haviam frequentado pelo menos um encontro síncrono do FormaSB (n=530), foi enviado um formulário *on-line* e anônimo. O instrumento continha campos para identificação da categoria profissional, exercício (ou não) da função de coordenação de saúde bucal, estado de origem e duas questões relacionadas ao curso. A primeira questão, “Quais motivos explicam sua desistência?”, apresentava opções no formato de caixas de seleção, além da alternativa “Outros”, com espaço para justificativas adicionais. A segunda questão, “Que sugestões de melhoria gostaria de deixar?”, era aberta e sem limite de caracteres.

## ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos bancos de dados primários, referentes à matrícula, certificação e evasão, foi realizada por meio de estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas. No caso das respostas à questão aberta do formulário de evasão, aplicou-se a análise temática de conteúdo (Braun; Clarke, 2006).

## PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO FORMASB

O FormaSB foi um curso de atualização de abrangência nacional, ofertado na modalidade de educação a distância e registrado no Sistema de Informação da Extensão da UFMG (SIEX n. 103178). Seus objetivos foram: promover, de forma colaborativa e alinhada às diretrizes da PNSB, a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde bucal, visando à qualificação da gestão e do cuidado nos territórios; discutir o modelo de atenção em saúde bucal e os temas estruturantes da Estratégia Saúde da Família (ESF); e fomentar a elaboração de diretrizes e ações municipais para a implementação da PNSB.

O curso contou com sete coordenadores pedagógicos e uma coordenação geral, composta por três coordenadoras, responsáveis pelas funções de concepção, organização e monitoramento do curso, além do apoio ao trabalho dos coordenadores pedagógicos, por meio de reuniões semanais. Esse grupo era formado por cirurgiões-dentistas sanitaristas com atuação docente e experiência em serviço e ou gestão em saúde bucal.

O público-alvo prioritário foram os municípios com até 30 mil habitantes, com ênfase nas Regiões Norte e Nordeste. As inscrições eram realizadas por município e permitiam a indicação de até três equipes de saúde bucal (eSB) completas, com carga horária de 40 horas, sendo uma suplente, além do coordenador municipal de saúde bucal ou cargo equivalente. Foram disponibilizadas 3.200 vagas, resultando em 3.194 cursistas matriculados.

Cada turma contou com cerca de 20 a 25 participantes e um(a) tutor(a). Cada tutor(a) acompanhou duas turmas, com carga horária de 12 horas semanais. A formação inicial dos tutores foi conduzida em três encontros síncronos, totalizando 24 horas. Posteriormente, o acompanhamento e o apoio aos tutores foram realizados pela coordenação pedagógica, organizada regionalmente.

Ao todo, 81 tutores mediarão 162 turmas. Adicionalmente, 72 alunos de graduação em Odontologia ou de pós-graduação em áreas afins à Saúde Coletiva atuaram como monitores voluntários, apoiando tutores e turmas.

O percurso formativo totalizou 60 horas, distribuídas entre atividades síncronas com tutoria (24h) e atividades assíncronas (24h). Complementarmente, foram ofertadas quatro conferências *on-line* (SIG Temáticos), em parceria com o Projeto *Educando no SUS* (SIG CGSB/FOUSP), somando 8 horas/aula, além de um encontro de encerramento (4h). O curso teve duração de três meses (agosto a novembro de 2024), com encontros síncronos quinzenais.

A definição do conteúdo (Quadro 1) foi realizada em conjunto com a CGSB/DESCO/SAPS/MS, tendo como referência a Lei n.º 14.572, de 8 de maio de 2023, e o documento “Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n. 14.572/23” (Brasil, 2025).

**Quadro 1.** Conteúdos por eixo temático do FormaSB.

EIXO TEMÁTICO	CONTEÚDO
Introdutório	<p><b>Encontro síncrono 1</b></p> <p>Apresentação geral do curso;</p> <p>Apresentação da dinâmica detalhada do curso: atividades síncronas (encontro tutor(a)/turma, e assíncronas e dos SIG temáticos);</p> <p>Apresentação do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA);</p> <p>Atividades de dispersão preparatórias para o 2o Encontro</p> <p><b>SIG Temático Inicial:</b> Política Nacional de Saúde Bucal / Abertura oficial do curso.</p>
Eixo 1 – Organização do Processo de Trabalho: Ações no Território e na UBS - parte 1.	<p><b>Encontro síncrono 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho em equipe na APS e organização do trabalho em saúde bucal nas equipes Modalidade I e II.</li> <li>• Organização do Acesso na USF (Grupos; Demanda livre e Programada) e no Território (VD; Grupos; PSE).</li> </ul> <p>Atividade preparatória para o 3o Encontro – Organização do processo de trabalho na ESF/eSB – parte 2.</p>
Eixo 1 – Organização do Processo de Trabalho na ESF/eSB – parte 2.	<p><b>Encontro síncrono 3</b></p> <p>Cuidado em SB: compreendendo a clínica ampliada e ferramentas de cuidado na Atenção Primária à Saúde;</p> <p>Discussão de casos e situações problemas;</p> <p><b>SIG Temático:</b> Clínica ampliada e políticas de promoção de equidade.</p>
Eixo 2 – Qualificando o planejamento, o monitoramento e a avaliação da rede de atenção à saúde bucal.	<p><b>Encontro síncrono 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso do planejamento, monitoramento e avaliação para a gestão e para o processo de trabalho das equipes;</li> <li>• O uso dos principais sistemas de informação e seus relatórios;</li> <li>• Monitoramento dos indicadores do “componente da Qualidade” (Nova Portaria de Financiamento / APS);</li> <li>• Monitoramento de indicadores estratégicos: reflexões a partir das diferentes realidades locais;</li> </ul> <p>O uso das informações para Diagnóstico Situacional: como está a realidade no meu território? – início da construção do produto síntese municipal;</p> <p>Atividade preparatória para o 5o Encontro – Qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal: implementação das diretrizes da PNSB nos municípios – momento 1;</p> <p><b>SIG Temático:</b> Importância do monitoramento para gestão e processo de trabalho das equipes.</p>

<p>Eixo 3 – Implementação Municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – parte 1.</p>	<p><b>Encontro síncrono 5 - Qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal: implementação das diretrizes da PNSB nos municípios – momento 1</b></p> <p>Diagnóstico Situacional – escolha de problemas/situações a serem enfrentadas nos municípios;  Aprofundar / qualificar a discussão sobre as estratégias de enfrentamento do(s) problema(s) escolhido(s): as estratégias a partir do olhar da gestão e das eSB;  Construção de possíveis indicadores de monitoramento;  Desafios da implementação da RASB e diretrizes da PNSB no município: como construir a viabilidade política no meu município?</p> <p>Atividade preparatória para o 6o Encontro – Qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal: implementação das diretrizes da PNSB nos municípios – momento 2;</p> <p><b>SIG Temático:</b> Qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal: onde queremos chegar?</p>
<p>Eixo 3 – Implementação Municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – parte 2.</p>	<p><b>Encontro síncrono 6 - Apresentação e discussão dos produtos elaborados por cada município para tutor/a e turma;</b></p> <p><b>SIG Temático Final:</b> Mostra de Experiências: Apresentação de produtos (seleção regional).</p> <p>Encerramento oficial do curso.</p>

Fonte:FormaSB.

SIG=Encontro síncrono temático do FormaSB, realizado em parceria com o Projeto SIG-Educando no SUS (FOUSP/CGSB/MS), disponível no canal do YouTube @TelessaudeFOUSPSAITE (<https://www.youtube.com/playlist?list=PLdMYXOAdYk3zVn6J2rcAH2KMEgE7D6jUh>).

## PROCESSO DE SELEÇÃO E ALOCAÇÃO DOS CURSISTAS NAS TURMAS

Os profissionais de um mesmo município foram alocados na mesma turma, e cada turma foi composta por, no mínimo, três municípios. A formação das turmas seguiu uma lógica de agregação que priorizava: (1) municípios do mesmo estado e porte populacional; (2) municípios de mesmo porte

de estados vizinhos; (3) municípios de mesmo porte dentro da mesma região; e, por fim, (4) capitais e cidades de grande porte, independentemente da região. Assim, a unidade básica de agregação das turmas foi o município, e a segunda, as equipes de saúde bucal completas com a presença do coordenador setorial, reunindo experiências de municípios semelhantes e favorecendo uma rede de trocas sobre o cotidiano do trabalho, a partir das perspectivas das diferentes profissões e funções (assistência e gestão) representadas nas turmas.

## **PRINCÍPIOS DA PRÁTICA PEDAGÓGICA**

O FormaSB se configurou como uma ação educativa fundamentada nos conceitos e princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNSPS). O trabalho nos serviços de saúde foi o eixo orientador do processo de ensino-aprendizagem, entendido não apenas como uma atividade produtiva, mas como um meio educativo essencial para o desenvolvimento das capacidades humanas, cognitivas, sociais e éticas, além de formador da identidade e da consciência social.

A concepção pedagógica articulou os objetivos da ação educativa à diversidade e complexidade do contexto no qual se inseria. A oferta buscou contemplar as múltiplas singularidades, como:

- turmas compostas por diferentes categorias profissionais (ASB, CD e TSB) e, em menor número,

outros profissionais da gestão em saúde;

- profissionais com distintas atribuições, na assistência ou na gestão dos serviços;
- abrangência nacional, envolvendo municípios com realidades demográficas, sociais, econômicas e organizacionais muito diversas no SUS e na saúde bucal;
- níveis desiguais de acesso à internet e de letramento digital, elementos sensíveis em um curso a distância com momentos síncronos.

A trilha formativa (Figura 1) buscou promover uma aprendizagem crítica, reflexiva e transformadora (Paulo Freire, 1992), orientada à intervenção nos processos de trabalho, nas condições dos serviços e na saúde da população nos territórios de atuação. A reflexão crítica foi concebida como motor do compromisso com a transformação social, incentivando a proposição de soluções para problemas concretos. A dialogicidade, outro princípio central da pedagogia da problematização, estruturou a proposta pedagógica do FormaSB, ao promover um ambiente em que todos se reconhecessem como sujeitos do processo educativo.



**Figura 1.** Trilha formativa do FormaSB, 2024.



Legenda:

**E1...E5** - Número de encontros síncronos previstos

**S/AS** - Momentos síncronos e assíncronos

**SIG** - Special Interest Groups, webconferências com temas complementares, ofertada a todos os cursistas

**SEM 1...12** - Semanas de duração do curso

A mediação dos(as) tutores(as) priorizou espaços de diálogo autêntico, minimização de relações de poder e valorização da escuta mútua. Essa abordagem mostrou-se especialmente relevante devido à composição multiprofissional das turmas, favorecendo a diversidade de opiniões, a análise crítica, novos entendimentos e práticas colaborativas. Essa dinâmica fortaleceu o trabalho em equipe na APS e ampliou a perspectiva intersetorial. As atividades foram planejadas com base em metodologias participativas (Araújo, 2017) e em um processo de avaliação formativa (Hoffman, 2014), sempre contextualizadas no mundo do trabalho. Articularam teoria e a prática a partir da realidade concreta, dos determinantes sociais da saúde, das políticas públicas e da atuação profissional no SUS. As atividades partiram

de situações reais, favorecendo a problematização, a interação, o diálogo e a construção coletiva de soluções.

A metodologia de projetos foi uma das estratégias didáticas adotadas, por valorizar a autonomia, o protagonismo e a colaboração dos cursistas, promovendo aprendizagem significativa e reflexão crítica. Assim, os participantes, organizados em grupos municipais, elaboraram 574 projetos de intervenção, os Produtos FormaSB, desenvolvidos processualmente em quatro etapas ao longo do curso. Esses produtos estão disponíveis para consulta na Mostra Virtual do FormaSB (<https://www.cursoformasb.com.br/portal/mostra>).

## **QUEM FORAM OS CURSISTAS DO FORMASB?**

O FormaSB contou com 3.194 cursistas matriculados, compondo um grupo majoritariamente feminino, formado por mulheres cisgênero (75,9%), reafirmando a preponderância da força de trabalho feminina na área da Odontologia (Carvalho *et al.*, 2025). Observou-se o predomínio de cursistas com cor autodeclarada parda/preta (52,8%), seguidas pela cor branca (43,9%). Houve também forte presença de adultos jovens (60,7%), com idades entre 19 e 39 anos, média de idade de 37,29 anos ( $\pm 10,14$ ), variando de 19 a 79 anos.

Um estudo sobre o mercado de trabalho formal em saúde bucal evidenciou que apenas na categoria de cirurgiões-dentistas os vínculos empregatícios são majoritariamente ocupados por

peças brancas. Considerando a média entre as categorias cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal, com percentuais de 57%, 38,3% e 43%, respectivamente, verifica-se que 46,1% dos trabalhadores se autodeclararam brancos. No FormaSB, o percentual de cursistas, incluindo cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, que se autodeclararam brancos foi de 43,9%, proporção próxima à observada no conjunto dos trabalhadores da saúde bucal no país. Esse resultado indica alinhamento do perfil dos cursistas com a composição da força de trabalho nacional (Carvalho *et al.*, 2025).

As matrículas estavam distribuídas em 618 municípios, com predominância da Região Nordeste (45,5%), seguida pelo Sudeste (30,5%). Quanto ao porte populacional dos municípios, mais da metade dos cursistas atuava em localidades com até 20 mil habitantes, 51,9%, seguidas por municípios com até 50 mil habitantes, 19,4%. Esses resultados revelam a capilaridade do FormaSB no território nacional e demonstram que o público-alvo prioritário foi contemplado. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Básica, a média geral foi de 8,42 anos ( $\pm 7,62$ ), variando de 0 a 43 anos. O maior tempo médio de experiência foi identificado entre os TSB (10,23 anos), enquanto os CD apresentaram o menor tempo médio de atuação (6,73 anos), embora também com ampla variação (0–43 anos). A maioria dos cursistas ocupava o cargo de CD (41,5%), ou ASB (31,4%), com jornada semanal de 40 horas (88,1%). Observou-se, ainda, que embora 56,1% tenham concluído a formação nos últimos dez anos, quase metade (48,7%) possuía menos de cinco anos

de atuação na Atenção Básica, apontando para uma composição profissional relativamente jovem no campo da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda em processo de consolidação de suas práticas no território.

O baixo índice, 25,2%, de realização prévia do curso Introdutório da ESF, formação essencial para o ingresso e o alinhamento conceitual e operativo das equipes, evidencia fragilidades no apoio institucional oferecido por municípios e estados aos profissionais da saúde bucal. Somado a isso, o fato de que pouco mais da metade, 54,4%, dos participantes relatou experiências anteriores em cursos *on-line* reforça a existência de lacunas formativas e de desigualdades no acesso a processos educativos voltados para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição geral dos cursistas, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, cargo/função, carga horária na ESF, anos de atuação na AB, anos de conclusão da graduação, realização de curso introdutório da ESF e de curso *on-line* (mín. 40h) (n= 3194) (FormaSB, 2024).

Variável	Categoria	n	%
Raça/cor	Parda	1459	45,7
	Branca	1401	43,9
	Preta	226	7,1
	Amarela	47	1,5
	Indígena	10	0,3
	Não Informada	51	1,6

Identidade de gênero	Mulher cis	2425	75,9
	Homem cis	527	16,5
	Não Informada	167	5,2
	Mulher trans	5	0,2
	Homem trans	3	0,1
	Outra	67	2,1
Idade	19 – 39 anos	1939	60,7
	40 – 59 anos	1154	36,1
	60 anos ou mais	73	2,3
	Não responderam	28	0,9
Região	Nordeste	1447	45,5
	Sudeste	973	30,5
	Sul	332	10,4
	Norte	326	10,2
	Centro-Oeste	116	3,6
Porte populacional*	Pequeno Porte I	1658	51,9
	Pequeno Porte II	621	19,4
	Grande Porte	409	12,8
	Médio Porte	385	12,1
	Metrópole	121	3,8
	CD	1325	41,5
Cargo/função	ASB	1004	31,4
	Coordenadores de SB	525	16,4
	TSB	340	10,6
Carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família (autorreferida)	40 horas	2813	88,1
	20 horas	197	6,2
	30 horas	145	4,5
	Menos de 20 horas	39	1,2

Anos de atuação na Atenção Básica	Até 5 anos	1556	48,7
	6 a 10 anos	544	17,0
	11 ou mais	1094	34,3
Anos de conclusão da graduação	Até 10 anos	1792	56,1
	11 a 20 anos	825	25,8
	21 a 30 anos	267	8,4
	31 anos ou mais	105	3,3
	Não respondeu	205	6,4
Realizou o curso Introdutório para profissionais da ESF e/ou gestão da Saúde Bucal	Não	2389	74,8
	Sim	803	25,1
	Não respondeu	2	0,1
Já fez curso on-line (mín. de 40h)	Sim	1739	54,4
	Não	1455	45,6

\*Pequeno Porte I- até 20.000 hab.; Pequeno Porte II 20.001-50.000; Médio Porte 50.001-100.000; Grande Porte 10.001-900.000; Metrópole Acima de 900.001

Fonte: Banco de dados FormaSB.

Tais resultados indicam não apenas limitações estruturais e de gestão na oferta de ações formativas, mas também desafios para a consolidação de uma cultura de EPS que reconheça o cotidiano de trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem. Sob a perspectiva da PNEPS, esses achados ganham relevância adicional. A política propõe a aprendizagem significativa, por meio da problematização das práticas e da reflexão crítica sobre o trabalho em equipe, com foco no desenvolvimento de competências no contexto real dos serviços. Assim, a presença de profissionais com diferentes tempos de formação e experiência configura uma oportunidade estratégica para a troca de saberes, o fortalecimento do trabalho interprofissional e a construção coletiva de soluções

para os desafios da atenção à saúde bucal. Trata-se, portanto, de um campo fértil para a implementação de processos locais de educação permanente, articulados às necessidades dos territórios e orientados pelos princípios da integralidade, corresponsabilidade e cuidado centrado nas pessoas, fundamentos presentes também na proposta do FormaSB.

## **QUAL O PERFIL DOS CURSISTAS QUE INTEGRALIZARAM O FORMASB?**

O FormaSB contou com 3194 cursistas matriculados, dos quais 69% foram considerados aptos para certificação (n=2191), enquanto 17% apresentaram frequência insuficiente e 14% não chegaram a frequentar o curso (Figura 2). Esses números indicam uma taxa de conclusão expressiva, considerando o caráter extensivo da oferta e a diversidade de contextos municipais contemplados.

Entre os concluintes, 51,1% eram provenientes de municípios com até 20 mil habitantes, seguidos por participantes de municípios com até 50 mil habitantes (18,4%). Observou ainda maior concentração de concluintes na Região Nordeste (40,3%), mantendo-se em coerência com o perfil geral dos matriculados. Essa distribuição demonstra que o curso alcançou efetivamente sua população-alvo, especialmente em territórios com menor porte populacional e, portanto, com maiores desafios para a EPS no âmbito do SUS.

Por outro lado, a Região Norte, considerada prioritária junto à Nordeste, apresentou baixo número de matrículas

(10,1%) e de concluintes (7,7%), sinalizando a necessidade de desenvolver estratégias específicas de mobilização, divulgação e apoio pedagógico voltadas a essa macrorregião. Barreiras relacionadas à infraestrutura digital, às condições de trabalho nas equipes de Atenção Primária podem ter influenciado a adesão e a permanência no curso. Portanto, ações de EPS devem considerar essas desigualdades regionais e buscar mecanismos que favoreçam a inclusão de trabalhadores de contextos mais vulneráveis.

A predominância feminina, 78,1%, entre os concluintes reproduz o perfil geral dos matriculados e reflete uma tendência observada no campo da saúde. Quanto à variável raça ou cor, metade, 50%, dos concluintes se autodeclarou parda ou negra. Entretanto, a distribuição dessa variável é desigual entre as diferentes categorias profissionais. Entre os cirurgiões-dentistas, incluindo os coordenadores de saúde bucal, predominou a autodeclaração como branca, 54,1%, enquanto a maioria dos auxiliares e técnicos em saúde bucal se autodeclarou parda ou negra, 60,4% e 63,6%, respectivamente.

Ao comparar esses resultados com os dados nacionais sobre o perfil dos profissionais inseridos no mercado formal de trabalho da saúde bucal (Carvalho *et al.*, 2025), observa-se que o perfil racial dos cirurgiões-dentistas é semelhante ao encontrado no estudo, com 57% de autodeclarados brancos. Contudo, nas categorias técnicas e auxiliares há uma diferença importante. No mercado geral, apenas 36% das auxiliares em saúde bucal e 41% dos técnicos em saúde bucal se autodeclararam pardos ou negros. Assim, os dados do FormaSB sugerem que o curso,



e possivelmente o serviço público de saúde, apresentam maior inclusão racial em comparação com o setor privado.

Esses achados indicam que, embora o curso tenha contribuído para ampliar o acesso à formação e ao desenvolvimento profissional de trabalhadores da saúde bucal, persistem desigualdades estruturais na composição das equipes. Tais desigualdades se manifestam tanto nas oportunidades de ascensão profissional quanto na distribuição de cargos por nível de escolaridade e renda, refletindo dinâmicas históricas de gênero e raça no mundo do trabalho em saúde.

## **O QUE REPORTAM OS DESISTENTES DO FORMASB?**

Dos 2721 participantes que iniciaram o curso, 530 (16,6%) o abandonaram após terem frequentado pelo menos um encontro síncrono. A taxa de resposta ao formulário sobre a evasão foi de 20% (n=106). O principal motivo para o abandono (Tab. 2) foi a incompatibilidade do dia e horário das atividades com a agenda dos participantes (56,6%). No entanto, essa informação constava no edital, que previa que todas as turmas realizariam atividades às sextas-feiras, cabendo a cada turma escolher apenas o turno. Essa padronização foi necessária para organizar o funcionamento das 160 turmas previstas, garantindo compatibilidade entre a disponibilidade dos cursistas, tutores e monitores.

**Tabela 2.** Frequência absoluta dos motivos de desistência reportados pelos cursistas (n=106) (FormaSB, 2024).

Motivos*	n	%
O dia e horário eram incompatíveis com minha agenda	60	56,6
Tive problemas pessoais que impossibilitaram a continuação	28	26,4
O curso não era o que eu esperava	23	21,6
Tenho problemas de conexão com a internet dificultaram muito o acompanhamento	20	18,8
Não houve liberação de carga horária pelo gestor municipal	16	15,1
Fiquei desmotivado porque era o único representante do município no curso	11	10,4
O conteúdo do curso não atende às necessidades do meu trabalho na ESF	8	7,5
Fui indicado, mas não tinha interesse em cursar	3	2,8
Perdi o vínculo com o município pelo qual foi inscrito	2	1,9
Outro**	21	19,8

\*pergunta tipo caixa de seleção.

\*\* com espaço para resposta discursiva

A opção “Tive problemas pessoais” foi o segundo motivo mais frequente. Muitos respondentes incluíram no campo “Outro” justificativas complementares, tais como questões de saúde (doença; *burnout*; cirurgias de emergências, realização de biópsia); licença maternidade e outras demandas relacionadas ao exercício profissional (desligamento do cargo; participação na transição de governo, acúmulo de funções que impediu a conciliação de horários ou concomitância com o curso de graduação).

Em relação às expectativas não atendidas, reunidas nas opções “O curso não era o que eu esperava” (n=23) e “O conteúdo do curso não atende às necessidades do meu trabalho na ESF” (n=8), os respondentes indicaram insatisfações relacionadas à metodologia, ao conteúdo, à qualidade da participação dos demais cursistas da turma e à percepção de baixa valorização profissional (Quadro 1).

**Quadro 1.** Dimensão e motivos reportados, segundo cursistas que abandonaram o curso (n=106) (FormaSB, 2024).

Dimensão	Motivos
Metodologia	“Achei que o curso seria com aulas gravadas para que pudesse assistir em outros horários. Não achei conveniente o método de aula ao vivo e somente naquele horário específico”
Conteúdo	“O que o curso apresentou (atender o usuário com humanidade) eu já faço há 17 anos [...]” “Já havia lido e testado na prática o conteúdo do curso”
Participação	“A equipe do município não realizava as atividades em grupo e foi desmotivante.” “Aulas muito longas, conversas de alunos que fugiam do assunto e não agregavam em nada”.
Insatisfação com o baixo reconhecimento profissional	“Achei que o curso fosse falar, mesmo que superficialmente, a respeito dos profissionais. Nós profissionais estamos cansados de não sermos levados em conta [...]” “Cansado do governo olhar apenas para o usuário como se o SUS fosse formado apenas por ele. Esquecem que o profissional também faz parte do sistema. [...]”

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Um estudo que realizou uma revisão sistemática com meta-análise (Lima; Castro, 2021) indicou que não há consenso na literatura quanto aos fatores associados às taxas de evasão

em cursos de ensino superior na modalidade a distância. Há, contudo, entendimento de que se trata de um fenômeno complexo e multidimensional (Sousa; Maciel, 2016), que envolve fatores exógenos, como o perfil socioeconômico e cognitivo do aluno, fatores endógenos, relacionados à didática, à metodologia e à gestão dos cursos, e fatores de natureza mista, de ordem tecnológica e pessoal ou interpessoal.

Na análise dos motivos reportados pelos respondentes do FormaSB (n=106), os mais frequentes estavam relacionados a fatores exógenos ao curso: incompatibilidade de agenda (ainda que o edital já previsse o dia das atividades), problemas pessoais e dificuldades de conexão com a internet. Esses resultados são convergentes com o estudo que avaliou a evasão no Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância, oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o qual identificou como principais motivos a “dificuldade na organização do tempo para os estudos” e a “dificuldade em conciliar estudo e trabalho” (Ferreira; Colussi; Gasque, 2022).

Já os motivos “O curso não era o que eu esperava” e “O conteúdo do curso não atende às necessidades do meu trabalho na ESF”, que juntos representam a segunda maior frequência absoluta, podem ser considerados fatores mistos. Eles expressam tanto a falta de identificação pessoal com a proposta do curso quanto a demanda por conteúdos não previstos no FormaSB, apesar de a trilha formativa ter sido construída com base em temáticas relacionadas aos desafios e às lacunas do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal na ESF.

No campo destinado às sugestões, foram recebidas 37 contribuições. As mais frequentes se referem ao dia/horário do curso e à metodologia proposta. Os respondentes indicaram que sexta-feira (especialmente no turno da tarde) era muito cansativo (n=10).

Outro ponto apresentado, com oito registros, refere-se à metodologia participativa, com a sugestão de que a abordagem seja mais objetiva e teórica. Exemplos incluem: “Curso mais prático, objetivo e que realmente venha a ajudar as equipes de saúde bucal” e “O curso deveria ser mais teórico, pois foi apenas debates e conversas que não nos passavam conteúdo concreto. Por isso desisti após algumas aulas, pois não queria debater, queria aprender e que fossem repassados conteúdos, com aulas realmente no modo tradicional”.

Enquanto a análise dos motivos de evasão reportados pela maioria dos respondentes sugere que a desistência esteve menos associada a aspectos pedagógicos e mais às condições organizacionais e estruturais que moldam o cotidiano do trabalho na Atenção Básica, também emergem críticas à metodologia participativa e o desejo por um formato mais teórico e expositivo. Isso reflete a persistência de uma visão tradicional de ensino, centrada na transmissão de conteúdos, em contraste com a proposta dialógica e problematizadora da Educação Permanente em Saúde.

Outra sugestão, refere-se à liberação pelos gestores para a participação no curso e à necessidade de incentivos: “De alguma forma, fazer com que o gestor cumpra o que foi acordado no edital” e, “Procurar incentivar por meio de bonificação e/ou acordos da gestão com os profissionais.”

Alguns respondentes também relataram a vontade de retomar o curso em outra edição, como evidenciam os seguintes relatos: “Espero entrar em outro FormaSB”, “Gostaria muito de ter finalizado, acho que iria agregar muito [...]” e “Gostaria de participar novamente, se houver nova turma”.

Esses resultados evidenciam a diversidade de expectativas dos cursistas, bem como diferentes níveis de disponibilidade pessoal e institucional para participação em atividades formativas. Sobretudo, reforçam a importância de fortalecer e ampliar as iniciativas locais de Educação Permanente em Saúde, dada a sua capacidade de adequar os processos formativos às realidades específicas dos territórios e de sustentar, continuamente, os avanços promovidos por experiências de grande alcance, como o FormaSB.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O FormaSB demonstrou grande potencial como estratégia de apoio à implementação municipal da PNSB. Tal potencial se expressa tanto pelo perfil dos participantes quanto em sua capilaridade, alcançando equipes e municípios que historicamente dispõem de menor acesso a iniciativas de EPS.

A exigência de participação da equipe de saúde bucal completa revelou-se um diferencial importante do curso, ao reconhecer e valorizar o papel do pessoal auxiliar e técnico, frequentemente excluído dos processos formativos no âmbito

do SUS. Essa inclusão favorece o fortalecimento do trabalho em equipe, o reconhecimento dos diferentes saberes e a ampliação da corresponsabilidade na qualificação do cuidado, em consonância com os princípios da integralidade e da valorização do trabalho coletivo, centrais à PNSB e à EPS.

A alta taxa de integralização observada reforça a receptividade dos municípios e das eSB às oportunidades de formação que dialogam com suas necessidades concretas e com os desafios da gestão local. Esse resultado evidencia o interesse e o compromisso dos trabalhadores com processos de aprendizagem que articulam teoria e prática, valorizam o saber da experiência e têm aplicabilidade direta nos serviços. Ademais, cursos com as características do FormaSB, como recortes temáticos específicos, curta duração, metodologias participativas e foco no compartilhamento de experiências e na elaboração de projetos de intervenção, mostram-se especialmente adequados para serem incorporados de forma regular e permanente como ações estruturantes de Educação Permanente em Saúde.

Ao favorecer a reflexão crítica sobre o cotidiano de trabalho e estimular a produção coletiva de soluções, iniciativas como o FormaSB contribuem para o fortalecimento da PNSB. Ainda, colaboram para a consolidação de uma cultura de aprendizagem contínua no SUS, pautada pela problematização da prática, pela autonomia dos sujeitos e pela transformação dos processos de trabalho em espaços educativos.

A análise da evasão indicou que os motivos mais frequentes estavam relacionados a fatores exógenos ao curso,

como condições organizacionais e estruturais que moldam o cotidiano do trabalho na Atenção Básica. As críticas à metodologia e o desejo, manifestado pelos desistentes, por um formato mais centrado na transmissão de conteúdos, como nas aulas tradicionais, evidenciam a persistência de desafios para a consolidação de concepções pedagógicas críticas e de metodologias participativas, conforme proposto pelo FormaSB. Esses aspectos contrastam, de forma contraditória, com a avaliação positiva da qualidade da proposta pedagógica realizada pelos concluintes, apresentada no capítulo 4.

Os resultados obtidos reforçam a importância de fortalecer e ampliar as iniciativas locais de EPS, que possuem maior capacidade de adequar os processos formativos às realidades específicas dos territórios. O fortalecimento das iniciativas é essencial para sustentar, continuamente, os avanços promovidos por experiências de grande alcance, como o FormaSB, assegurando a consolidação de práticas formativas que contribuam para a qualificação do cuidado e para a efetivação das diretrizes da PNSB no cotidiano dos serviços.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. C. S. Da metodologia ativa à metodologia participativa. p. 17-54. In: VEIGA, I. P. A. (org.). **Metodologia participativa e as técnicas de ensino-aprendizagem**. Curitiba: CRV, 2017. 246 p.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023. Disponível



em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm). Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Política Nacional de Saúde Bucal**: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n. 14.572/23. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 38 p.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CARVALHO, C. L. *et al.* **Boletim Técnico da Sociodemografia Odontológica**: o mercado formal de trabalho da saúde bucal no Brasil. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/OBSERVARH/NESCON/FM/UFGM), 2025. n. 3.

FERREIRA, D. D. *et al.* Educação Permanente em Saúde no SUS: evasão em um programa de qualificação profissional a distância em atenção domiciliar. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 19-30, 2022. Edição especial: 29º Encontro da Rede UNA-SUS.

HOFFMANN, J. Avaliação e mediação. In: HOFFMANN, J. **Avaliar para promover**: as setas do caminho. [S. l.]: Editora Mediação, 2014. cap. 4, p. 75-111.

LIMA, J. G.; CASTRO, C. C. de. Fatores críticos de sucesso na evasão de alunos do ensino superior a distância. **EaD em Foco**, v. 11, n. 1, e1445, 2021.

SOUSA, A. S. Q.; MACIEL, C. E. Expansão da educação superior: permanência e evasão em cursos da Universidade Aberta do Brasil. **Educação em Revista**, v. 32, n. 4, p. 175-204, out. 2016.



## CAPÍTULO 3

# DO APRENDIZADO À PROPOSTA DE AÇÃO: O COTIDIANO COMO ESPAÇO DE MUDANÇA NAS PRÁTICAS DO SUS, A PARTIR DO CURSO FORMASB

Thaís Regis Aranha Rossi  
Helenita Corrêa Ely

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde bucal são um produto de construção sócio-histórica, um jogo social, no Brasil, com importante papel dos agentes sociais que estão à frente do projeto de governo (Rossi, 2018). A PNSB (“Brasil Sorridente”) promoveu a reorganização e ampliação da Atenção Básica, a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de fortalecer ações de promoção e vigilância em saúde bucal (Chaves *et al.*, 2017). A

PNSB foi formalizada como política oficial de Estado por meio da Lei n. 14.572/2023, que a institui no âmbito do SUS e estabelece dez diretrizes para a organização, o acesso e a qualidade das ações em saúde bucal (Brasil, 2023).

A formação profissional ainda tende a reproduzir o modelo biomédico, dificultando o trabalho em equipe, a atuação territorial e a integralidade do cuidado (Bonfim *et al.*, 2024; Scherer *et al.*, 2016; Aquilante *et al.*, 2015). Apesar dos avanços, a efetivação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) enfrenta desafios persistentes, especialmente na integração dos níveis assistenciais, qualificação da gestão, sustentabilidade das ações e formação profissional. A gestão local carece de maior qualificação, planejamento participativo e uso sistemático de indicadores para avaliação e aprimoramento dos serviços (Aquilante *et al.*, 2015; Leal *et al.*, 2019; Nacao *et al.*, 2020).

Desta forma, destaca-se a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) na busca por superar os modelos tradicionais de capacitação e propor que o processo educativo parta das necessidades concretas do trabalho, promovendo a problematização do cotidiano, a aprendizagem significativa e o diálogo entre saber técnico e experiencial. Fundamenta-se em metodologias ativas, na reflexão crítica e na construção coletiva do conhecimento, inspirada nos princípios freirianos de autonomia, emancipação e participação democrática (Cardoso *et al.*, 2017; Ogata *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2019). O trabalho é o eixo estruturante da EPS, sendo o espaço onde se constroem soluções criativas e se desenvolve a autonomia dos profissionais (Cardoso *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2019; França *et al.*, 2017).

Experiências formativas que articulam educação permanente, planejamento estratégico e monitoramento das ações são fundamentais para superar essas limitações e qualificar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2004). Com base nesses referenciais teóricos e pedagógicos, o curso FormaSB foi concebido como uma iniciativa inovadora da Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e participação de outras universidades. Trata-se de um curso de atualização de curta duração (60 horas), ofertado integralmente na modalidade de Ensino à Distância (EaD), que combina momentos síncronos e assíncronos, tutoria e seminários temáticos virtuais (Special Interest Groups (SIG)). Sua proposta metodológica ancora-se na pedagogia da problematização, nas metodologias participativas e no planejamento em saúde orientado pelo território, buscando articular teoria e prática a partir da realidade concreta dos serviços.

A dinâmica formativa do FormaSB foi desenhada para envolver equipes completas da Estratégia Saúde da Família, compostas por cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, além do gestor municipal de saúde bucal ou da Atenção Básica. Essa configuração assegurou o engajamento de profissionais que atuam diretamente na rede e em sua coordenação.

Essa composição favoreceu o diálogo interprofissional e o planejamento participativo, permitindo a elaboração coletiva de projetos de intervenção voltados à qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal dos municípios. Ao longo de três meses, os

cursistas percorreram uma trilha pedagógica que incluiu a análise da realidade local, a identificação de problemas prioritários e o delineamento de estratégias factíveis de enfrentamento, em consonância com as diretrizes da PNSB.

Essa concepção pedagógica, centrada na construção coletiva e na aplicação imediata do conhecimento, buscou que cada município qualificasse sua RASB com base em evidências e no protagonismo das equipes locais. O produto final não foi entendido como ponto de chegada, mas como marco inicial de um processo contínuo de transformação, passível de acompanhamento e avaliação futura.

A literatura ainda carece de análises sistemáticas de processos educativos capazes de induzir mudanças concretas nas práticas de gestão e cuidado. A análise dos produtos finais elaborados pelos municípios participantes oferece uma oportunidade singular para compreender as prioridades locais, as dimensões do sistema de saúde mais demandadas e os modos pelos quais as equipes articulam estratégias para o fortalecimento da RASB. O exame desses produtos permite ainda identificar desigualdades e potenciais de inovação, contribuindo para a implementação da PNSB e para a formulação de políticas mais aderentes às realidades territoriais.

Pretende-se, portanto, contribuir para a literatura sobre educação permanente em saúde bucal, além de subsidiar gestores e profissionais interessados em planejar, monitorar e realizar intervenções que fortaleçam a RASB e consolidem os princípios do SUS.

Dessa forma, o presente capítulo tem como objetivo descrever e analisar os produtos finais elaborados pelos municípios

participantes do curso FormaSB, buscando responder às seguintes questões: (i) quais problemas e estratégias de enfrentamento foram elencados pelos participantes? (ii) quais as características das estratégias propostas e como se distribuem segundo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)?; e (iii) as propostas convergem com as diretrizes da PNSB?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso do curso FormaSB, desenvolvido sob uma abordagem qualiquantitativa, de caráter descritivo-analítico. A escolha desse delineamento metodológico decorre da natureza do objeto investigado, os produtos finais elaborados por equipes municipais e gestores de saúde bucal no contexto do curso, e do interesse em compreender não apenas os conteúdos produzidos, mas também as expressões das realidades locais e as estratégias construídas pelos sujeitos do processo formativo.

A pesquisa baseou-se em análise documental dos produtos finais construídos processualmente e encaminhados pelos cursistas ao término do curso. O produto foi uma construção municipal, sendo elaborado um único documento pelas equipes de cursistas, gestores e profissionais de saúde bucal, da mesma cidade, que participaram do FormaSB. Foram incluídos todos os documentos enviados e que seguiram o modelo disponibilizado pelo curso, totalizando 544 municípios.

As equipes de cursistas eram compostas por profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família, incluindo cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, além de coordenadores municipais de saúde bucal e gestores da Atenção Básica, quando inexistia o cargo de coordenador de saúde bucal. Cada documento analisado correspondeu ao produto coletivo do município, elaborado a partir de um percurso formativo que combinou diagnóstico situacional, identificação de problemas, formulação de estratégias de enfrentamento e proposição de indicadores de monitoramento. Esses produtos sintetizam o processo de reflexão crítica e de planejamento participativo desenvolvido ao longo da trilha pedagógica, expressando tanto a realidade concreta dos serviços quanto as potencialidades locais de transformação da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Para orientar a análise, foi construída uma matriz de sistematização das informações, que reuniu variáveis agrupadas em eixos analíticos. O primeiro eixo contemplou dados contextuais sobre o território, como município, estado, região, porte populacional e população total, além da presença de populações específicas (quilombolas, indígenas e ribeirinhas). Incluíram-se também indicadores socioeconômicos e demográficos: Produto Interno Bruto (PIB) per capita, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), salário médio mensal dos trabalhadores formais.

Os produtos foram examinados quanto aos elementos de caracterização local, permitindo a compreensão ampliada das condições sociais e estruturais que atravessam o planejamento em saúde bucal. Foram também consideradas o número de equipes



de Saúde da Família (eSF) e de equipes de saúde bucal (eSFSB), as coberturas correspondentes, existência de Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Estes dados quantitativos foram analisados de forma descritiva com apresentação de frequências absolutas e relativas.

O segundo eixo da análise, de abordagem qualitativa, concentrou-se na identificação dos problemas e estratégias priorizadas nos produtos finais. Foram registradas a listagem inicial dos problemas levantados e os dois principais problemas priorizados pelo município, acompanhados de suas respectivas descrições. Esses problemas foram analisados de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social e classificados conforme os elementos que compõem um sistema de saúde (Souza; Bahia, 2023), bem como segundo as diretrizes da Lei n. 14.572/2023, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal.

Os dados foram tabulados em formulário eletrônico do Google Forms e sistematizados em planilha eletrônica. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva. As variáveis categóricas, como porte populacional, IDH, IVS e cobertura de serviços, foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, com o objetivo de caracterizar o perfil dos municípios participantes.

Os conteúdos textuais dos produtos, relativos aos problemas, estratégias e considerações, foram examinados por meio de categorização temática, com base no referencial teórico dos elementos constitutivos do sistema de saúde

(Souza; Bahia, 2023) e nas diretrizes da Lei n. 14.572/2023. A análise qualitativa foi realizada com apoio do *software* NVivo. Essa combinação de abordagens possibilitou compreender a distribuição temática dos problemas.

Como etapa exploratória da análise qualitativa, foram utilizadas representações gráficas geradas pelo *software* NVivo (versão 12), notadamente a nuvem de palavras (*word cloud*) e o mapa de árvore (*tree map*). Essas ferramentas permitiram uma visualização sintética da frequência e da relevância dos termos utilizados pelos participantes na descrição dos problemas e estratégias de saúde bucal.

A nuvem de palavras possibilitou identificar termos recorrentes e expressões centrais nas respostas abertas dos municípios, oferecendo um panorama inicial dos temas mais citados. Essa etapa foi fundamental para orientar a leitura compreensiva do *corpus* textual, permitindo a detecção de padrões e a priorização de eixos analíticos. A visualização contribuiu para reconhecer a presença de categorias empíricas relacionadas à gestão, acesso, infraestrutura, rede e educação permanente, que foram posteriormente refinadas na codificação temática.

Já o mapa de árvore foi utilizado como ferramenta de análise hierárquica e relacional, permitindo visualizar a proporção entre categorias e subcategorias de códigos criados no NVivo. Essa representação gráfica facilitou a compreensão das relações entre os temas e as dimensões do sistema de saúde, servindo como base para a sistematização analítica apresentada nas tabelas e quadros subsequentes.

Assim, o uso combinado da nuvem de palavras e do mapa de árvore não teve caráter descritivo isolado, mas funcionou como uma etapa intermediária de exploração e validação das categorias emergentes, garantindo maior transparência e rigor ao processo de codificação qualitativa e reforçando o vínculo entre a análise empírica e o referencial teórico da pesquisa.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o CAAE n. 78949724.2.0000.5149, conforme Parecer n. 6.854.546, emitido pelo CEP/UFMG.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os produtos finais de 544 municípios brasileiros, distribuídos nas cinco regiões do país, com predominância da Região Nordeste (40,1%), seguida pelo Sudeste (32,2%), Sul (14,0%), Norte (9,6%) e Centro-Oeste (4,2%). Quanto ao porte populacional, observa-se expressiva maioria de municípios de pequeno porte ( $\leq 50$  mil habitantes), que representam 85,3% do total da amostra (Tabela 1). Municípios de médio porte (8,1%) e grande porte (6,6%) são minoritários, reforçando a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como principal espaço de gestão e cuidado em contextos municipais de menor escala administrativa e territorial. Essa distribuição sinaliza que o FormaSB alcançou, sobretudo, realidades municipais de menor escala populacional, onde desafios estruturais e de organização da rede tendem a ser mais pronunciados.

No tocante à economia, predominaram municípios com renda média (45,4%) e baixa (39,5%), enquanto apenas 15,1% apresentam alto PIB per capita. Em paralelo, o salário médio mensal confirma esse padrão: 53,1% dos municípios situam-se na faixa entre 1,1 e 2 salários-mínimos, 26,1% até 1 salário, e 20,8% acima de 2,1 salários. Quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), a maioria dos municípios apresenta média vulnerabilidade social (59,0%), seguida de baixa vulnerabilidade (40,1%), enquanto apenas 0,9% foram classificados com alta vulnerabilidade. Esses dados indicam que a maior parte dos municípios analisados se encontra em faixas intermediárias de vulnerabilidade. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), predominam municípios com médio IDH (62,7%), enquanto 30,3% apresentam baixo IDH e apenas 7,0% atingem valores de alto desenvolvimento humano. Essa distribuição é compatível com o padrão observado em estudos sobre a rede de Atenção Básica no país (Souza; Machado; Carmo, 2020; Curi; Gasalla, 2021).

No tocante à presença de populações quilombolas, 26,7% dos municípios declararam possuir comunidades reconhecidas, evidenciando a importância de considerar marcadores étnico-raciais na análise das políticas públicas de saúde bucal. Essa representatividade reforça a necessidade de estratégias intersetoriais e culturalmente sensíveis para garantir o acesso e a equidade em saúde.

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos é elevada na maior parte dos municípios, com 82,5% apresentando percentual superior a 90%. Esse dado indica ampla cobertura escolar entre

crianças e adolescentes, condição que favorece a implementação de ações de promoção da saúde bucal no ambiente escolar.

A cobertura da Atenção Primária à Saúde é elevada, alcançando 94,1% dos municípios com nível alto, igual ou superior a 85,1%, indicando a consolidação da Estratégia Saúde da Família como modelo hegemônico. No entanto, ao se observar a cobertura de Saúde Bucal na APS, verifica-se uma redução relativa, com 81,3% dos municípios em nível alto, 11,6% em nível intermediário e 7,2% em nível baixo. Esse cenário aponta a defasagem entre a expansão da APS e a inclusão efetiva das equipes de saúde bucal, aspecto amplamente reconhecido e também destacado em outros estudos (Lucena *et al.*, 2020; Soares Filho *et al.*, 2022).

No que se refere aos serviços especializados, dos 544 municípios analisados, apenas 21,9% dispunham de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1,7% dos municípios informaram contar com Unidade Odontológica Móvel (UOM). Já no que se refere aos Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), 74,3% possuíam.

**Tabela 1.** Caracterização dos municípios participantes segundo variáveis territoriais, socioeconômicas e de estrutura da rede de saúde bucal, produtos finais curso FormaSB, 2024.

	N	%
Região		
Norte	52	9,6%
Nordeste	218	40,1%
Centro-Oeste	23	4,2%
Sudeste	175	32,2%

Sul	76	14,0%
<b>Porte populacional</b>		
pequeno porte ( $\leq 50$ mil hab.)	464	85,3%
médio porte (50-100 mil)	44	8,1%
grande porte ( $> 100$ mil)	36	6,6%
<b>IVS</b>		
Alta vulnerabilidade social (0,667 – 1,000)	5	0,9%
Média vulnerabilidade social (0,334 – 0,666)	321	59,0%
Baixa vulnerabilidade social (0,000 – 0,333)	218	40,1%
<b>IDH</b>		
Alto IDH (0,750 – 1,000)	38	7,0%
Médio IDH (0,600 – 0,749)	341	62,7%
Baixo IDH (0,000 – 0,599)	165	30,3%
<b>Declarou existência de população quilombola?</b>		
Sim	145	26,7%
Não	399	73,3%
<b>Taxa de escolarização de 6 a 14 anos</b>		
Baixa taxa de escolarização (0-90,0%)	2	0,4%
Baixa taxa de escolarização (0-90,0%)	93	17,1%
Baixa taxa de escolarização (0-90,0%)	449	82,5%
<b>PIB per capita</b>		
Baixo PIB per capita (Até 20.000)	215	39,5%
Médio PIB per capita (20.001 – 40.000)	247	45,4%
Alto PIB per capita (Acima de 40.000)	82	15,1%
<b>Salário médio mensal</b>		
Até 1,0 SM	142	26,1%
1,1 a 2,0 SM	289	53,1%
Acima de 2,1 SM	113	20,8%
<b>Cobertura APS</b>		
Baixa ( $\leq 50\%$ )	2	0,4%
Intermediária (50,1–85%)	30	5,5%
Alta ( $\geq 85,1\%$ )	512	94,1%

Cobertura SB APS		
Baixa ( $\leq 50\%$ )	39	7,2%
Intermediária (50,1-85%)	63	11,6%
Alta ( $\geq 85,1\%$ )	442	81,3%
CEO		
Sim	119	21,9%
Não	425	78,1%
LRPD		
Sim	404	74,3%
Não	140	25,7%
UOM		
Sim	9	1,7%
Não	535	98,3%
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: FormaSB.

## QUANDO A PALAVRA É “FALTA”: QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NO SUS?

A análise lexical das respostas abertas dos 544 municípios, representada na Figura 2 (nuvem de palavras) e na Figura 3 (mapa de árvore), evidenciou a centralidade de expressões relacionadas à falta, ausência e dificuldade de condições estruturais e de trabalho na atenção à saúde bucal. Termos como “profissionais”, “saúde”, “bucal”, “demanda”, “equipamentos”, “acesso” e “população” aparecem em maior frequência e tamanho, revelando que os principais problemas elencados pelos municípios se concentram na escassez de força de trabalho, na insuficiência de infraestrutura e insumos, e nas barreiras de acesso da população aos serviços.







**Quadro 1.** Distribuição e síntese dos problemas listados pelos municípios segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), FormaSB, 2024 dos municípios participantes.

Problemas identificados	IVS			
	Baixa vulnerabilidade		Média e alta vulnerabilidade	
	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências
Gestão e financiamento	96	<p>Problemas ligados à ausência ou fragilidades no processo de trabalho da coordenação de SB, ausência de monitoramento e falhas na comunicação entre gestão e equipes. As evidências revelam carência de protocolos, avaliações irregulares e pouca integração entre coordenação de saúde bucal e Atenção Básica. Em muitos casos, há estrutura e equipe disponíveis, mas falta planejamento participativo e gestão baseada em indicadores.</p> <p>Atrasos em repasses ou insuficiência de custeio para ampliação da cobertura.</p>	106	<p>Já entre os municípios de médio/alto IVS: ausência de supervisão, trocas frequentes de gestores e descontinuidade administrativa. As equipes destacam falta de apoio institucional e de espaços de escuta, o que fragiliza a tomada de decisão. A magnitude do problema indica que, mesmo em contextos vulneráveis, a gestão continua sendo o ponto mais crítico da implementação da política</p> <p>Ausência de orçamento próprio, dependência de emendas parlamentares e descontinuidade dos repasses estaduais e federais</p>

Modelo e Rede de Atenção	142	<p>Reorganização da atenção com foco em promoção e prevenção</p> <p>Integração das equipes de SB com ESF</p> <p>Busca por maior resolutividade e acolhimento do usuário</p> <p>Implementação de protocolos assistenciais</p> <p>Dificuldade de engajamento comunitário e baixa adesão às ações educativas</p> <p>Demanda reprimida em serviços especializados;</p> <p>Descontinuidade das ações preventivas, ausência de integração com escolas e falta de acolhimento e seguimento longitudinal. O modelo é predominantemente reativo, marcado por campanhas e mutirões – evidenciando um estágio inicial da organização do cuidado.</p> <p>Dificuldade de comunicação entre APS e CEO, morosidade na regulação interna e falta de retorno da contrarreferência, mas reconhecem a existência de fluxos formais.</p>	183	<p>Dificuldades de acesso e integralidade da atenção;</p> <p>Fragmentação entre níveis assistenciais e desarticulação da rede;</p> <p>Cobertura insuficiente e descontinuidade de ações preventivas;</p> <p>Falta de acompanhamento longitudinal e fluxos bem definidos;</p> <p>Ausência de CEO e LRPD;</p> <p>Predomínio do modelo curativista e a necessidade de fortalecer as ações de promoção e prevenção, apesar de haver estrutura e equipe. As equipes reconhecem o desafio de avançar da clínica para o cuidado integral.</p>
--------------------------	-----	--	-----	--

Problemas ou necessidades de saúde bucal	223	<p>Reconhecida demanda reprimida, com filas de espera longas; municípios buscam fortalecer LRPDs existentes e ampliar a produção de próteses</p> <p>Baixa adesão ao tratamento e necessidade de reforçar ações preventivas; mencionada em contextos de acompanhamento contínuo. Referência a ações educativas e triagem em campanhas.</p> <p>Dificuldade de atendimento especializado e de manutenção de fluxo para CEO; demanda expressiva por tratamento restaurador.</p>	321	<p>Citações sobre ausência de LRPD e falta de acesso à reabilitação protética; municípios relatam dependência de serviços externos e regionais.</p> <p>Destaca ausência de acompanhamento sistemático e de protocolos clínicos; maior foco nas limitações estruturais do cuidado.</p> <p>Apontada como problema persistente, agravado por escassez de endodontistas e equipamentos; ausência de referência regional.</p> <p>Relatos de falta de detecção precoce e encaminhamento especializado, evidenciando lacuna em vigilância e rastreamento.</p> <p>Apontado como falta de atendimento escolar regular e ausência de equipe específica para o público infantil.</p>
--	-----	---	-----	---

Fonte: Elaborado pelas autoras.

\*As categorias não são excludentes e foram contabilizadas mais de uma categoria por município, se fosse o caso.

**Quadro 2.** Distribuição e síntese dos temas pela Lei n. 14.572/2023 segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) dos municípios participantes.

Temas pela Lei 14.572/ 2023	IVS, FormaSB, 2024.			
	Baixa vulnerabilidade		Média e alta vulnerabilidade	
	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências
Fluoretação das águas	19	Necessidade de manutenção e monitoramento do sistema de fluoretação.	33	Ausência total de fluoretação e sistemas precários de abastecimento.
Gestão participativa	71	Discussões sobre inclusão dos profissionais na tomada de decisão e fortalecimento dos espaços de diálogo local (como conselhos).	70	Citações sobre falta de envolvimento dos trabalhadores e usuários nas decisões e baixa escuta qualificada da gestão municipal.  Menções à ausência de espaços formais de participação, à baixa escuta dos profissionais e à falta de apoio da gestão municipal

Acesso aos serviços	121	<p>Barreiras de organização e regulação; busca de priorização de risco e eficiência.</p> <p>Tema central nas respostas relacionado à organização dos fluxos, redução de filas e qualificação da oferta de serviços especializados.</p>	144	<p>Barreiras estruturais: falta de transporte, profissionais e cobertura.</p> <p>Foco em falta de acesso estrutural, escassez de serviços e baixa cobertura populacional.</p>
Rede de serviços	96	<p>Rede com CEO/ LRPD, porém com contrarreferência pouco efetiva, demora nos encaminhamentos e comunicação irregular entre níveis de atenção. Observações sobre necessidade de aperfeiçoar a integração entre APS e CEO/ LRPD, ampliação de serviços especializados.</p>	124	<p>Queixas sobre ausência de referência e contrarreferência efetiva, falta de serviços especializados e ruptura do fluxo assistencial.</p> <p>Problemas citados: ausência de CEO/ LRPD, dependência de municípios vizinhos, falta de referência hospitalar e de transporte sanitário, resultando em fragmentação e descontinuidade do cuidado.</p>

Vínculo equipe–população	64	<p>Ênfase em fortalecer o vínculo e aumentar o acolhimento nas UBS; estímulo à escuta e vínculo longitudinal.</p> <p>Relatos sobre necessidade de estreitamento da relação entre profissionais e comunidade e continuidade do cuidado.</p>	76	<p>Citações sobre alta rotatividade dos profissionais, dificultando a continuidade do cuidado.</p> <p>Aparece como fragilidade, com menções à alta rotatividade de profissionais e ruptura do vínculo</p>
Educação Permanente em Saúde	58	<p>Relatos de necessidade de qualificação das equipes e atualização clínica.</p> <p>Necessidade de capacitação contínua e atualização técnica das equipes.</p>	85	<p>Dificuldade de acesso a formações regulares e dependência de capacitações estaduais. Ausência de planos municipais de educação permanente e dependência de treinamentos estaduais.</p>
Avaliação e planejamento	53	<p>Menções frequentes à necessidade de fortalecer monitoramento e indicadores; planejamento é visto como ferramenta de gestão</p> <p>Reconhecida como importante para o planejamento e monitoramento dos indicadores de saúde bucal</p>	55	<p>Predomina a ausência de acompanhamento sistemático e uso limitado de informações para tomada de decisão. Mencionada em contexto de ausência de dados locais e baixa cultura de avaliação</p>

Vigilância epidemiológica e sanitária	23	Integração parcial com vigilância em saúde, com monitoramento de agravos e apoio às decisões locais.	31	Menções à ausência de integração com vigilância sanitária e dificuldade de realizar levantamentos. Referências pontuais à ausência de integração com a vigilância sanitária
Inquéritos populacionais	12	Realização pontual de levantamentos locais para subsidiar planejamento e avaliação. Alguns municípios mencionam o desejo de retomar e realizar levantamentos locais.	16	Quase ausente; reconhecida fragilidade no que se refere ao conhecimento para realização dos inquéritos e de financiamento para realizá-los. Citações sobre falta de inquéritos e dados epidemiológicos atualizados.
Prevenção e promoção em saúde bucal	40	Ênfase em ações educativas, integração com escolas e comunidade, e reforço do autocuidado.  Prevenção com necessidade de maior atenção/ ações. Há relatos de realização de forma territorializada (escolares, grupos prioritários), incluindo escovação supervisionada e ações coletivas, mas com fragilidades nas ações e na manutenção	70	Foco em insuficiência de materiais, falta de equipe e interrupção das ações preventivas.  Citações sobre baixa adesão da população e ausência de estratégias intersetoriais.



Modelo de atenção voltado para a clínica e doença	24	Reflexões sobre a necessidade de superação do modelo curativista, com busca de integração e cuidado ampliado.	25	Tema recorrente como persistência do modelo centrado na clínica, com dificuldade de implementar ações coletivas e de promoção.
---	----	---	----	--

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Entre os municípios com baixa vulnerabilidade, a gestão apareceu como um dos eixos mais mencionados, evidenciando que existe institucionalização da política, mas com desafios a serem superados. As principais dificuldades relatadas dizem respeito à comunicação entre equipes e coordenação, à ausência de protocolos e indicadores para monitoramento das ações e à necessidade de planejamento participativo.

Ainda assim, os excertos revelaram problemas relativos à qualificação dos processos e à melhoria da gestão existente, sugerindo que a política está capilarizada, mas demanda aprimoramento técnico e maior integração com os demais setores. Ou seja, ainda há muito a avançar. Nos municípios de média e alta vulnerabilidade social, a frequência de menções à gestão foi semelhante, porém o conteúdo apresentou diferenças. As evidências indicam fragilidades estruturais e institucionais, como a falta de apoio da secretaria municipal de saúde, a alta rotatividade de gestores e profissionais de saúde, a ausência de espaços formais de escuta e a centralização das decisões. Essas características refletem a inexistência ou a fragilidade de uma gestão da saúde bucal institucionalizada, com predomínio de práticas descontínuas

e, muitas vezes, improvisadas, sem planejamento estruturado, limitando a coordenação da atenção (Quadros 1 e 2).

A gestão participativa também se mostrou como uma lacuna em ambos os grupos. O componente infraestrutura também foi bastante citado em todo o conjunto, especialmente entre os municípios com média e alta vulnerabilidade social, que concentraram aproximadamente 40% das menções. As narrativas apontam para não funcionamento/estragos recorrentes de equipamentos (compressor, autoclave, cadeira odontológica, raio-x), ausência de manutenção preventiva, falta de insumos básicos e condições físicas precárias dos consultórios. Termos como “sem condições adequadas de trabalho” e “atendimento interrompido” são recorrentes, mostrando a magnitude e persistência das barreiras estruturais. Já entre os municípios de baixa vulnerabilidade, as menções à infraestrutura indicam dificuldades relacionadas à necessidade de atualização e/ou substituição de equipamentos, assim como de insumos (Quadros 1 e 2).

Estudos mostram que a qualidade da Atenção Básica e dos serviços de saúde está inversamente associada ao nível de vulnerabilidade social: quanto maior a vulnerabilidade, piores os indicadores de qualidade e acesso (Souza *et al.*, 2021; Costa Palacio *et al.*, 2021; Menezes *et al.*, 2021). Municípios pequenos e com menor capacidade de gestão enfrentam maiores dificuldades para ofertar atenção integral à saúde, sendo frequentemente dependentes de consórcios intermunicipais e programas estaduais/federais, o que pode gerar novas fragilidades (Pinafo *et al.*, 2020; Campos *et al.*, 2020). Destaca-se a importância da oferta

do curso FormaSB ter sido mais direcionada aos municípios de pequeno porte como estratégias de fortalecer a capacidade de governos dos gestores e também como elemento importante de equidade da PNSB.

O financiamento apareceu como eixo de menor frequência nos documentos, mas com alta relevância. Em ambos os grupos de IVS, as respostas apontaram insuficiência de recursos financeiros para custeio e manutenção dos serviços, além de atrasos nos repasses e dificuldade para aquisição de materiais. Nos municípios de baixa vulnerabilidade, as falas sugerem restrições orçamentárias pontuais e atrasos administrativos; já nos de média e alta vulnerabilidade, observam-se situações de escassez crônica de recursos, dependência de emendas parlamentares e paralisações por falta de insumos (Quadros 1 e 2).

Municípios com menor vulnerabilidade social tenderam a enfrentar restrições orçamentárias pontuais e atrasos administrativos, mas conseguem manter certa regularidade nos serviços (Castro *et al.*, 2019; Pinafo *et al.*, 2020). Já municípios mais vulneráveis apresentam escassez crônica de recursos, dependência de emendas parlamentares e paralisações frequentes por falta de insumos. A dependência de transferências federais é maior, e a capacidade de resposta local é limitada, levando a improvisações e maior fragmentação do cuidado (Castro *et al.*, 2019; Pinafo *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2021).

Quanto ao modelo de atenção, nos municípios de baixa vulnerabilidade social, o principal desafio é superar o modelo clínico e curativista com a ampliação de ações de prevenção e

promoção de saúde, além de fortalecer o acolhimento e o cuidado longitudinal. Já os municípios de médio e alta vulnerabilidade revelam um modelo ainda fragmentado e descontínuo, com ações preventivas pontuais, dependentes de campanhas e baixa integração com escolas e comunidades. As evidências indicam que, nesses contextos, a Atenção Básica em saúde bucal ainda não se consolidou como eixo organizador do cuidado. Os temas de promoção e prevenção aparecem associados à irregularidade das ações em ambos os grupos (Quadros 1 e 2).

O componente rede de atenção foi o segundo mais citado e o que melhor expressa as desigualdades territoriais. Nos municípios de baixa vulnerabilidade, as queixas concentram-se na regulação morosa de encaminhamentos, na falta de priorização de risco nas filas e na fragilidade da contrarreferência entre Atenção Básica e especializada. Apesar disso, há indícios de existência de serviços, com ou sem fluxos estabelecidos. Já nos municípios de média e alta vulnerabilidade, os relatos são marcados pela ausência de rede estruturada, com falta de CEO e em alguns também de LRPD, ausência de referência hospitalar para casos cirúrgicos, barreiras geográficas e de transporte, e filas prolongadas para especialidades. A noção de “falta de regulação efetiva” é recorrente, indicando descontinuidade do cuidado e dependência de serviços de outros municípios. Em contextos de maior vulnerabilidade, predomina a ausência de rede estruturada, falta de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), barreiras geográficas, filas prolongadas e dependência de outros municípios para serviços especializados (Nunes *et al.*, 2022).

Nos municípios de baixa vulnerabilidade, observa-se incorporação parcial ou inexistência de processos avaliativos e uso de indicadores. Nos de média e alta vulnerabilidade social, ainda prevalece a ausência de cultura avaliativa. A fluoretação aparece como tema de menor frequência, mas de alta relevância sanitária. Municípios de baixa vulnerabilidade mencionam ações de monitoramento ativo, vigilância sanitária parcial ou inexistência, enquanto os de média e alta vulnerabilidade social relataram frequentemente ausência de fluoretação e inexistência de controle público do processo. Essa diferença traduz uma desigualdade de infraestrutura e de fiscalização que reforça o risco de ampliação das iniquidades em saúde bucal (Quadros 1 e 2).

Os resultados do levantamento dos problemas apontam que a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal está fortemente associada à capacidade institucional em distintos níveis e à existência/estabilidade da rede de atenção, reforçando a necessidade de estratégias diferenciadas de apoio técnico e financiamento segundo o perfil de vulnerabilidade social. A seguir, serão discutidas possibilidades de superação dos problemas identificados, a partir do olhar dos próprios cursistas (Quadros 1 e 2).

## **DO PROBLEMA À PROPOSTA DE AÇÃO: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

A análise lexical das respostas dos municípios sobre as estratégias de enfrentamento e soluções adotadas revela um

movimento de reconstrução ativa do cuidado em saúde bucal no território. As figuras 4 e 5, compostas por nuvens de palavras e mapa de árvore, mostram que os vocábulos de maior frequência se concentram em torno de termos como “atendimento”, “equipe”, “pacientes”, “ações”, “saúde”, “prevenção”, “educação” e “gestão”, evidenciando o protagonismo das equipes de saúde bucal na reorganização cotidiana do trabalho.

Os resultados indicam uma transição discursiva relevante. Enquanto, nas respostas sobre os problemas, predominavam termos como “falta”, “dificuldade” e “ausência”, nas estratégias passam a sobressair expressões de ação, planejamento e vínculo, como “realizar”, “reuniões”, “atividades”, “visitas”, “grupos”, “educação” e “promoção”. Essa mudança semântica expressa um agir coletivo diante das adversidades, no qual as equipes se mobilizam para produzir soluções locais, mesmo em contextos de limitação estrutural.

No âmbito da gestão, planejamento e inovação local, as ações voltadas ao fortalecimento da governança municipal, criação de protocolos assistenciais, reorganização de agendas, uso de indicadores e ampliação da comunicação entre gestores e equipes. No que se refere ao acesso e organização da rede, estratégias de regulação das filas, priorização por risco e articulação entre APS e serviços especializados (CEO e LRPD). Em municípios de maior vulnerabilidade, surgem com destaque mutirões, ações itinerantes e parcerias intermunicipais, sinalizando esforço para reduzir desigualdades de acesso e suprir ausências de estrutura física ou recursos humanos (Quadro 3).

Na Educação Permanente em Saúde (EPS) e trabalho em equipe, iniciativas de capacitação técnica, discussão clínica e integração entre profissionais, que expressam a busca por qualificação e autonomia técnica. Nos municípios menos vulneráveis, há maior institucionalização da EPS e uso de núcleos regionais de apoio. Já nos mais vulneráveis, as capacitações são esporádicas e dependem de instâncias estaduais, mas ainda assim representam movimentos de resistência e aprendizado coletivo.

No campo da promoção, prevenção e vínculo as propostas perpassam ações educativas nas escolas, escovação supervisionada e atividades intersetoriais. A presença das palavras “educação”, “prevenção” e “pacientes” nas nuvens de palavras reforça o papel central das práticas coletivas e do vínculo com os usuários. Mesmo diante da falta de materiais e de equipes completas, os municípios trazem como estratégias a realização de ações de campo e atividades territoriais, reafirmando o compromisso social da APS.

**Quadro 3.** Distribuição e síntese das estratégias de enfrentamento segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) dos municípios participantes.

	IVS, FormaSB, 2024.			
	Baixa vulnerabilidade		Média e alta vulnerabilidade	
Estratégias de enfrentamento	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências	Nº municípios que relataram problemas relativos às categorias*	Síntese das evidências
Gestão, Planejamento e Inovação Local	107	Planejamento participativo; criação de protocolos e indicadores; protocolos/ fluxos; melhoria da comunicação interna; monitoramento sistemático das ações; parcerias intersetoriais; projetos locais e revisão de fluxos assistenciais.	125	Reorganização de agendas/escalas; reuniões; parcerias ad hoc e uso criativo de recursos para responder a demandas imediatas.
Acesso e Organização da Rede	81	Ajuste de horários; regulação de filas com priorização de risco; integração com CEO/ LRPD para continuidade do cuidado	101	Mutirões e ações itinerantes; encaminhamentos a municípios vizinhos; priorização de urgências diante de insuficiência de oferta



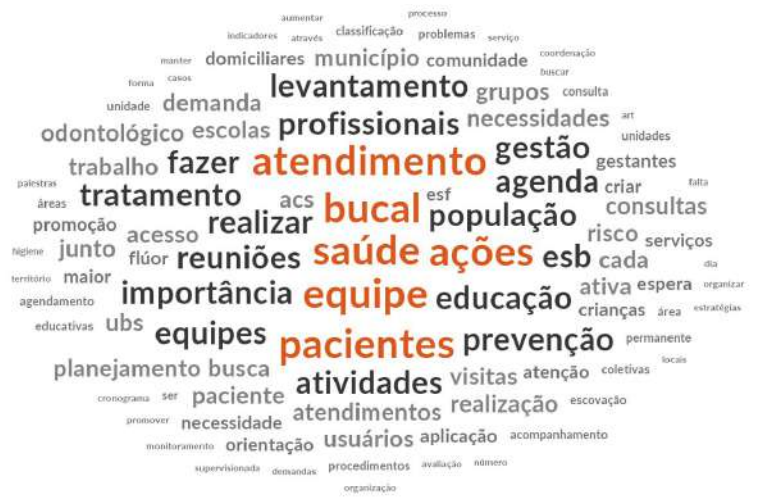
Educação Permanente e Trabalho em Equipe	14	Capacitações internas, reuniões clínicas e discussão de protocolos; integração com núcleos regionais.	25	Capacitações ofertadas por instâncias externas; plano local contínuo.
Promoção, Prevenção e Vínculo	70	<p>Ações educativas permanentes em escolas/ comunidade; escovação supervisionada; fortalecimento de vínculo/ acolhimento.</p> <p>Planejamento, regulação do acesso e pela integração entre os pontos de atenção, com forte presença de ações intersetoriais, protocolos e processos de monitoramento</p>	112	Campanhas; superação de carências estruturais — como a insuficiência de profissionais, insumos e transporte —, valendo-se de mutirões, reorganização de agendas e parcerias pontuais para assegurar o atendimento.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A literatura confirma que a reorganização do cuidado em saúde bucal no SUS depende fortemente do protagonismo das equipes multiprofissionais, que atuam com planejamento, ações educativas, prevenção e gestão local, mesmo diante de limitações estruturais e orçamentárias (Paula *et al.*, 2020; Neves *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2019). O uso de ferramentas de gestão,

autoavaliação e análise de indicadores permite ajustar processos e priorizar demandas, otimizando recursos e ampliando o acesso (Santos *et al.*, 2019).

**Figura 4.** Nuvem de palavras das estratégias de enfrentamento relatadas pelos municípios.



Fonte: Elaborado pelas autoras no Software NVivo 15.

**Figura 5.** Mapa de árvore das palavras mais frequentes nas estratégias de enfrentamento.



Fonte: Elaborado pelas autoras no Software NVivo 15.

De modo geral, observa-se que os municípios com baixa vulnerabilidade social tendem a projetar estratégias estruturantes, ancoradas na intenção de fortalecer o planejamento, integrar os pontos de atenção e aprimorar a coordenação da rede. Já os municípios com média e alta vulnerabilidade social concentram-se na proposição de estratégias operacionais e adaptativas, voltadas a garantir o atendimento possível frente às restrições de recursos humanos, financeiros e logísticos. Essas diferenças refletem modos distintos de pensar e planejar a ação pública em contextos desiguais.

## **GOVERNANÇA, VULNERABILIDADE E EQUIDADE: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL**

A análise dos dados evidenciou que as diferenças observadas entre os municípios não se reduzem a uma hierarquia de carências, mas traduzem racionalidades distintas de produção do cuidado e da gestão. Inspirados na reflexão de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994), pode-se afirmar que cada território expressa um “modo de produzir saúde”, resultante da articulação entre tecnologia, organização e valores que orientam a prática. Os municípios brasileiros produzem formas diversas de organizar e sustentar a atenção em saúde bucal, expressando múltiplos modos de governar o cuidado. Assim, os contrastes entre municípios de diferentes níveis de vulnerabilidade social não devem ser lidos

apenas como desigualdade de meios, mas como modos diversos de organizar o trabalho em saúde, condicionados por suas histórias, recursos e culturas institucionais.

Essas diferenças não se explicam apenas pela disponibilidade de recursos, mas pela combinação de capacidades institucionais, trajetórias históricas, arranjos políticos e saberes locais. A vulnerabilidade, nesse contexto, não se reduz à ausência ou à falta. Esses achados indicam que a consolidação da rede de saúde bucal no país depende da capacidade de reconhecer e apoiar as múltiplas racionalidades institucionais que compõem o SUS. A governança, nesse sentido, emerge não apenas como instrumento administrativo, mas como processo político de mediação entre desigualdades, saberes e territórios, fundamental para a efetivação da equidade.

Nos municípios de baixa vulnerabilidade social, a presença de estruturas físicas adequadas, equipes completas e serviços especializados cria condições objetivas para a ampliação do cuidado, mas também pode cristalizar formas tecnicistas de trabalho. Essas práticas tendem a se orientar por modelos de atenção individuais, centrados na doença, e pela ênfase no cumprimento de parâmetros de produtividade e metas. O desafio, nesse contexto, não é apenas ampliar o acesso, mas reorientar o modelo assistencial, deslocando o foco do procedimento para o vínculo e da clínica individual para o cuidado integral.

Já nos municípios de média e alta vulnerabilidade, as desigualdades estruturais persistem, falta rede formal, CEO, transporte, materiais e condições adequadas de trabalho. Mas

reduzi-los a contextos de “falta” seria um equívoco analítico. Nesses territórios, o modelo de atenção pode estar estagnado ou em transformação, porém sob outra lógica. A ausência de recursos faz emergir outras formas de organização como ações intersetoriais, campanhas, itinerância e parcerias intermunicipais. O mesmo se observa na fluoretação das águas, indicador clássico de desigualdade sanitária: sua ausência em municípios mais vulneráveis não é apenas reflexo de negligência técnica, mas de fragilidade de governança intersetorial e de dependência de infraestrutura estadual ou regional. A diferença, portanto, não é apenas de capacidade de execução, mas de capacidade de coordenação e projeto político.

Essa heterogeneidade revela não apenas a coexistência de diferentes lócus institucionais, mas sobretudo a presença de racionalidades políticas distintas e temporalidades desiguais de institucionalização da política pública. Enquanto alguns municípios operam em estágios mais avançados de construção da rede, tensionando a passagem da estrutura à integralidade, outros ainda se situam em um movimento de fundação institucional, no qual a prioridade é garantir as condições mínimas de governança, financiamento e presença do Estado.

Essa leitura permite compreender, à luz de Paim (2006), que a política de saúde se manifesta simultaneamente como ação e omissão do Estado, revelando as tensões constitutivas do pacto federativo brasileiro e os limites históricos da descentralização.

Reconhecer essas diferenças não implica naturalizar as desigualdades que atravessam historicamente a organização do

sistema de saúde e repercutem sobre a população brasileira. Pelo contrário, significa tomá-las como expressão das assimetrias históricas do pacto federativo e como ponto de partida para ações estruturantes, orientadas à superação das iniquidades. Essa leitura crítica reforça a necessidade de fortalecer o financiamento tripartite e de assegurar os meios necessários para cumprimento da Lei n. 14.572/2023, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, realizados a partir das produções do curso FormaSB, revelam a potência do aprendizado coletivo como instrumento de transformação das práticas. Ao propiciar um espaço de reflexão crítica e formulação de propostas, o FormaSB permitiu que coordenações e equipes de saúde bucal transformassem o exercício formativo em um processo de análise situacional, diagnóstico e planejamento participativo, reafirmando o cotidiano como território legítimo de produção de conhecimento e de inovação no SUS.

O percurso formativo do FormaSB possibilitou que esses movimentos fossem sistematizados, analisados e compartilhados, tornando visíveis os desafios concretos enfrentados pelas equipes/gestores e também as estratégias criadas no interior dos serviços. Esse processo mostra que a formação em serviço, quando vinculada à realidade dos territórios e sustentada por metodologias participativas, não apenas qualifica o trabalho, mas

também pode ser capaz de produzir propostas de mudanças para as políticas de saúde bucal no nível municipal. Trata-se, portanto, de um processo educativo que reconfigura a relação entre gestão, prática e conhecimento, podendo tornar-se um vetor de transformação institucional. O curso FormaSB buscou, a partir da implementação de seu projeto político pedagógico, contribuir para que o aprendizado no SUS não se limitasse à aquisição de técnicas, mas constituísse um ato político de construção coletiva.

As estratégias de enfrentamento construídas pelas equipes e gestores de saúde bucal revelaram uma potência propositiva. Consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal como política de Estado requer uma abordagem integrada que articule planejamento, regulação, financiamento e participação social, orientada pelo princípio da equidade e pelo reconhecimento das diversidades regionais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. *et al.* Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. **Rural and Remote Health**, v. 21, n. 4, p. 6652, 2021.

AQUILANTE, A.; ACIOLE, G. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 82-96, 2015

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 145-162, 2018.

BOMFIM, R. *et al.* Brazilian primary dental care in a universal health system: challenges for training and practice. *Journal of Dentistry*, p. 104932, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104932>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n. 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**: diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CAMPOS, I. *et al.* A vulnerability analysis for the management of and response to the COVID-19 epidemic in the second most populous state in Brazil. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 2020.

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

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

CHAVES, S. *et al.* Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

COSTA, W. C. L. B.; WERNECK, M. A. F.; PALMIER, A. C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **RGO: Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 66, n. 1, p. 70-76, 2018.

CURI, R.; GASALLA, M. Social vulnerability and human development of Brazilian coastal populations. **Frontiers in Ecology and Evolution**, v. 9, 2021.

DA COSTA PALACIO, D. *et al.* Dental vulnerability scale in primary health care: evidence of content and structure internal validity. **BMC Oral Health**, v. 21, 2021.

DE PAULA AMORIM, L. *et al.* Public oral health services performance in Brazil: influence of the work process and service structure. **PLoS ONE**, v. 15, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 66. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GABARDO, M. *et al.* Inequalities in the workforce distribution in Brazilian dentistry. **RGO: Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, p. 70-76, 2017.

LUCENA, E. *et al.* Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.



MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1994.

MENEZES, J. *et al.* Analyzing spatial patterns of health vulnerability to drought in the Brazilian semiarid region. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, 2021.

MENEZES, L. X. B. *et al.* Tendência temporal de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros de 2001 a 2021. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, e00169424, 2025.

NEVES, M.; GIORDANI, J.; HUGO, F. Primary dental healthcare in Brazil: the work process of oral health teams. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

PAIM, J. S. **O que é política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. (Coleção Primeiros Passos, 324)

PINAFO, E. *et al.* Management problems and strategies: the vulnerability of small-sized municipalities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1619-1628, 2020.

SANTOS, T. *et al.* What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **PLoS ONE**, v. 14, 2019.

SCHERER, C.; SCHERER, M. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2016.

SILVA NUNES, F. *et al.* Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 22, 2022.

SOARES FILHO, A. *et al.* Primary health care in Northern and Northeastern Brazil: mapping team distribution disparities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 377-386, 2022.

SOUZA, C.; MACHADO, M.; CARMO, R. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 9, 2020.

SOUZA, K. *et al.* Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200407, 2021.



## **CAPÍTULO 4**

# **AVALIAÇÃO PROCESSUAL DO CURSO FORMASB: ANÁLISE DO CONTEÚDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO FORMATIVO**

**Ana Maria Freire de Souza Lima**

**Andreza Martins do Nascimento**

**Carla Teixeira Peixoto**

**Carla Rafaela Gomes da Silva**

## **INTRODUÇÃO**

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS) em 2003 e o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, a Educação Permanente em Saúde (EPS) passa a ser protagonista na formação em saúde. Foram propostas mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004; Brasil, 2018).

Destaca-se ao longo dessa trajetória da PNEPS, o reconhecimento da EPS como política de Estado, como uma diretriz estratégica para o fortalecimento do SUS, e com um financiamento federal específico para as ações (Brasil, 2007). Em 2007 foram implantadas as diretrizes da PNEPS por meio da Portaria n. 1.996. Foram instituídos os Colegiados de Educação Permanente em Saúde (CEPS), como espaços de pactuação e gestão colegiada da política nos territórios, contribuíram para a descentralização das ações e para o fortalecimento da gestão participativa. Houve também a implementação de experiências e dispositivos como os polos de EPS (Brasil, 2004, 2007; Ceccim, 2005). A política também estimulou desenvolvimento de metodologias ativas, rodas de aprendizagem, formação em serviço e práticas reflexivas baseadas na realidade, e publicação de diversos materiais orientadores (Brasil, 2004, 2007, 2018; Ceccim, 2005; Jesus *et al.*, 2022).

A criação de Núcleos de Educação Permanente nas secretarias estaduais e municipais de saúde fortaleceu a PNEPS como parte da gestão do trabalho, e alguns estados criaram planos estaduais de EPS, alinhados à política nacional, indutora desse processo (Brasil, 2017). Um dos seus principais elementos é a integração entre ensino-gestão-serviço-comunidade, com ampliação da articulação entre instituições de ensino superior, a gestão do SUS, os serviços de saúde e as comunidades do seu entorno, promovendo práticas formativas mais vinculadas às realidades locais (Ceccim *et al.*, 2001; Pereira *et al.*, 2022). Projetos como PET-Saúde e Pró-Saúde se destacam nesse conjunto, bem como a relevância das Comissões de Integração

Ensino-Serviço (CIES), já previstas na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990, 2007, 2017).

Contudo, a trajetória da PNEPS, assim como de outras agendas no âmbito do SUS, foi fortemente impactada pela instabilidade política gerada pelo processo de *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016, em seguida, pelas medidas de austeridade do governo Michel Temer, como a Emenda Constitucional (EC) 29, que congelou por 20 anos os recursos destinados à saúde e à educação. Essa conjuntura crítica se manteve no governo Bolsonaro, marcado por instabilidade política, sucessivos ataques ao SUS e pela grave crise sanitária provocada pela Pandemia de covid-19 (Palotti; Filgueiras; Testa, 2023).

A partir de 2023, destaca-se o retorno do SUS na agenda presidencial, com o início do terceiro governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula III), e retomada e expansão das ações da PNEPS e diversas políticas de saúde, em especial da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com publicação da Lei n. 14.572, de 8 de maio de 2023, que institui a saúde bucal como componente do SUS e reforça a diretriz da EPS. Durante esses três anos de Governo Lula III, algumas iniciativas de EPS foram empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS). Na saúde bucal, destaca-se o curso Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (FormaSB), desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB/MS), por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) n. 184/2023.

O FormaSB foi um curso de atualização, ofertado na modalidade *on-line*, com carga horária total de 60 horas, sendo 36 horas síncronas (24 horas diretamente com tutor/a-turma e mais 12 horas em encontros temáticos com convidados); e 24 horas assíncronas, para a realização de atividades de dispersão e no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Os encontros síncronos ocorriam quinzenalmente com duração de quatro horas tutor/a-turma, os encontros *on-line* foram realizados no ambiente da Rede Nacional de Pesquisa (RNP) e a duração total do curso foi de três meses (agosto a novembro de 2024).

Teve como público-alvo prioritário as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família e os gestores de saúde bucal de municípios de pequeno porte, com até 20 a 30 mil habitantes, de todas as regiões do país. Essa ação educativa teve como principal objetivo apoiar os municípios na implementação das diretrizes da PNSB, previstas na Lei n. 14.572/2023, por meio de propostas de intervenção local. Além disso, buscou promover, de forma colaborativa, a reflexão e a discussão sobre o processo de trabalho em saúde bucal, com vistas à sua reorganização e qualificação.

O FormaSB fez algumas apostas inovadoras em relação aos cursos ofertados na modalidade *on-line*, com destaque para a integração, em uma mesma turma, de equipes completas de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, compostas por cirurgião-dentista, auxiliar e ou técnico em saúde bucal, e de responsáveis pela gestão municipal de saúde bucal, equivalentes ao cargo ou função de coordenador municipal de saúde bucal.

Além disso, a trilha formativa foi planejada para valorizar as diferentes vozes profissionais e ampliar tanto as oportunidades de interação entre os cursistas de um mesmo município quanto entre participantes de diferentes localidades, incorporando, assim, a diversidade de contextos. Essa composição integrada promoveu trocas, mas sobretudo espaço para que cada município discutisse sua realidade e elaborasse estratégias para ajustes e melhorias na Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB).

Ao final do FormaSB, os cursistas de um mesmo município, entregaram como produto, desenvolvido ao longo do curso, um plano de ações para a qualificação da RASB, a partir das diretrizes contidas na PNSB. Este plano contemplou um diagnóstico dos principais problemas da RASB do município, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los, bem como reflexões sobre a necessária construção de viabilidade política dessas ações. A proposta é que essa construção seja norteadora de um processo contínuo de trocas de experiências e ações integradas entre as equipes de saúde e os gestores da APS no SUS.

Para monitorar e qualificar o desenvolvimento da ação educativa, foi realizada uma avaliação processual, após o término de cada um dos cinco encontros síncronos do FormaSB, de setembro a novembro de 2024, para conhecer a percepção dos cursistas sobre o curso, em tempo oportuno de promover ajustes no processo pedagógico. Assim, este capítulo apresenta a análise do conteúdo dessa avaliação processual realizada pelos cursistas do FormaSB, suas contribuições para o desenvolvimento do curso, bem como para o aprimoramento de novas ofertas de EPS.

## NOTAS METODOLÓGICAS

Esta análise da experiência de avaliação processual realizada pelos cursistas sobre o FormaSB adota uma abordagem quantitativa e qualitativa, com a caracterização do perfil dos respondentes, da taxa de resposta e a análise de conteúdo das respostas às avaliações.

Luckesi (2000) destaca que avaliar envolve dois processos articulados, o diagnóstico e a decisão, sendo que o processo avaliativo vai gerar dados e informações para subsidiar a tomada de decisão. A avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) não se restringe ao estabelecimento de parâmetros quantitativos, mas busca também mobilizar informações que subsidiem o planejamento de novas propostas educativas, contribuindo para o aprimoramento da força de trabalho, da gestão e da atenção em saúde, e deve se orientar pelos mesmos princípios que fundamentam as práticas da EPS, ou seja, por uma abordagem participativa que valorize o diálogo entre os diferentes sujeitos envolvidos na execução das ações e nas transformações almejadas no processo de trabalho (Brasil, 2022).

Nesse contexto, a avaliação processual se assemelha ao monitoramento, como parte de um processo avaliativo mais amplo, mas que envolve um acompanhamento periódico, com coleta de informações mais pontuais, para verificar se o desenrolar das ações está de acordo com o que foi planejado e proporcionar possíveis ajustes em tempo oportuno (Brasil, 2022; Oliveira; Casanova, 2023), neste caso, com o curso ainda em andamento.



Compreende-se também que escutar a percepção dos cursistas sobre a ação educativa da qual participam é parte de um processo de aprendizagem significativa, pois os convida à reflexão sobre como essa formação tem contribuído para seu aprendizado. Furtado (2015) ressalta que a aprendizagem significativa ocorre quando o discente reconstrói o conhecimento de forma contextualizada, atribuindo sentido pessoal e social ao que aprende, em um processo dinâmico que envolve etapas como sentir, perceber, compreender, definir, argumentar, discutir e transformar, tendo como finalidade última a intervenção na realidade. Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa está intimamente ligada à avaliação formativa, entendida como acompanhamento contínuo e reflexivo, que apoia o desenvolvimento do cursista e orienta ajustes no processo pedagógico (Furtado, 2015).

A partir dos princípios da Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007; Ceccim; Ferla, 2008), da avaliação formativa e da aprendizagem significativa (Furtado, 2015; Moran, 2014), e da proposta de monitoramento e avaliação da PNEPS (Brasil, 2022), adotou-se uma metodologia de *feedbacks* críticos. Essa metodologia utilizou as perguntas norteadoras “Que bom, que pena e que tal?” para coletar a percepção dos cursistas sobre os encontros síncronos de aprendizagem e sobre o curso FormaSB de maneira geral.

Essa avaliação processual foi realizada ao final dos cinco primeiros encontros síncronos, por meio da aplicação de um questionário eletrônico (Google Forms) com as referidas

perguntas abertas, de livre resposta. O questionário solicitava também que o cursista identificasse seu tutor(a) e a turma de origem, o município/estado do local de trabalho e a categoria profissional. O curso abrangeu um total de seis encontros síncronos, entretanto, as avaliações processuais foram aquelas respondidas até o quinto encontro. A avaliação realizada após o 6º encontro síncrono foi considerada avaliação final, desenvolvida com instrumento específico, e será objeto de análise em outra publicação.

A organização das respostas foi conduzida por três monitoras de pós-graduação, sob supervisão da coordenação do curso. Para cada um dos encontros, as respostas foram analisadas e agrupadas conforme as categorias de conteúdo mais representativas. A síntese era enviada por e-mail para cada tutor/a contendo as respostas das suas turmas, destacando aspectos positivos, pontos para melhoria e as sugestões.

Paralelamente, a coordenação pedagógica do FormaSB acompanhava essas devolutivas e discutia eventuais dificuldades identificadas com os tutores, para promover ajustes quando necessário, apoiar a tutoria e otimizar a experiência de aprendizagem. A coordenação geral e coordenadores pedagógicos também discutiam as sínteses das respostas em suas reuniões periódicas, identificando aspectos que poderiam demandar alguma intervenção.

As respostas dessas avaliações foram sistematizadas com apoio da análise temática de conteúdo (Bardin, 2016) e dos referenciais teóricos e metodológicos destacados. A coleta e a autorização de uso dos dados primários utilizados neste capítulo

foram previstas no projeto de pesquisa Análise dos efeitos de uma ação educativa para equipes e gestores de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde no Brasil, registrado sob o CAAE n. 78949724.2.0000.5149 e aprovado pelo Parecer n. 6.854.546, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

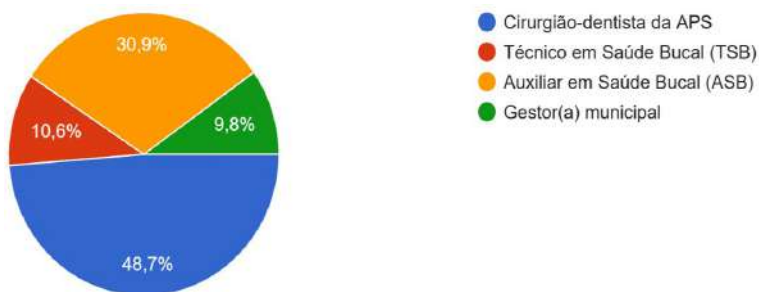
## **CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES, TAXA DE RESPOSTAS E PRINCIPAIS ASPECTOS DESTACADOS**

O FormaSB contou com 3.194 cursistas matriculados, dos quais 2.721 tiveram alguma frequência e 2.191 concluíram o curso, correspondendo a 80,5% dos que frequentaram e a 68,6% dos matriculados.

Quanto ao estado de origem, os três estados com maior número de respostas nas avaliações processuais foram Minas Gerais (24,6%), Bahia (8,4%) e Rio Grande do Sul (6,7%), sendo que os dois primeiros são os que possuíam maior quantidade de cursistas.

O item categoria profissional foi respondido por 1.545 cursistas, sendo que 48,7% foram cirurgiões-dentistas (CD) de eSB, 30,9% auxiliar em saúde bucal (ASB), 10,6% técnico em saúde bucal (TSB) e 9,8% gestores municipais (Figura 1).

**Figura 1.** Percentual de respondentes por categoria profissional (n total=1.545) das avaliações processuais do FormaSB 2024.



Fonte: Banco de dados FormaSB.

A análise das respostas separadas por categoria profissional teve como objetivo compreender as percepções dos diferentes atores envolvidos no processo de trabalho da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e na gestão municipal. As respostas foram organizadas a partir das perguntas “Que bom”, “Que pena” e “Que tal?”, permitindo uma leitura qualitativa dos aspectos positivos, dos desafios enfrentados e das sugestões de aprimoramento apontados por cada grupo.

Destaca-se que as respostas relativas aos encontros síncronos 1 e 2 não foram incluídas nesta análise, uma vez que os primeiros formulários não continham a identificação da categoria profissional dos participantes. A partir do encontro 3, essa informação passou a ser coletada, possibilitando uma análise mais precisa das percepções de cada grupo envolvido no curso.

Do encontro síncrono 1 ao 5, foram totalizadas 3.272 respostas. No encontro 1, foram 579 respostas (17,7%), no encontro 2, 774 (23,6%), no encontro 3, 758 (23,2%), no encontro

4, foram 632 (19,3%), e por fim, no encontro 5, obteve-se o menor número, 529 respostas (16,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Número de respostas dos cursistas e valor percentual durante as avaliações processuais dos encontros 1 ao 5. FormaSB, 2024.

Encontro	No de respostas	%
1	579	17,7
2	774	23,6
3	758	23,2
4	632	19,3
5	529	16,2
Total	3.272	100

Fonte: Banco de dados FormaSB.

Considerando o total de cursistas que frequentaram o curso (n = 2.721) e o total de concluintes (n = 2.191), o percentual de respostas por encontro é apresentado na Tabela 2. A maior taxa de participação ocorreu no encontro 2.

**Tabela 2.** Número de respostas dos cursistas durante as avaliações processuais dos encontros 1 ao 5 e percentual em relação aos concluintes do curso (n=2.191). FormaSB, 2024.

Encontro	No de respostas	% em relação aos cursistas que frequentaram (n=2.721)	% em relação aos cursistas concluintes (n=2.191)
1	579	21,3	26,4
2	774	28,4	35,3
3	758	27,8	34,6
4	632	23,2	28,8
5	529	19,4	24,1

Fonte: Banco de dados FormaSB.

Em relação às respostas em branco, na questão “Que bom” a variação percentual foi de 12% a 25%. Na questão “Que pena”, os percentuais variaram de 49% a 50%, e no item “Que tal” as respostas em branco oscilaram entre 42% e 49%.

Uma síntese das categorias de conteúdo e principais aspectos destacados pelos cursistas durante as avaliações processuais está apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1.** Síntese das categorias de conteúdo e principais aspectos destacados pelos cursistas durante a avaliação processual FormaSB, 2024.\*

<b>Que bom (elogios e pontos positivos)</b>	<b>Principais aspectos destacados</b>
<b>Equipe do curso</b>	Tutores e monitores atenciosos e disponíveis; Didática dos tutores.
<b>Metodologia dos encontros síncronos</b>	Dinâmicas dos encontros; Interação; Objetividade na explanação do conteúdo; Espaço para trocas de experiências.
<b>Motivação para participação</b>	Importante para formação; Oportunidade de aprendizado/participação.
<b>Formato e organização do curso</b>	Disponibilidade prévia do conteúdo programático; Não ter avaliação formal; Horários adequados; Participação de ASB e TSB.
<b>Que pena (dificuldades e pontos a serem melhorados)</b>	<b>Principais aspectos destacados</b>
<b>Questões técnicas relacionadas às TICs e ao letramento digital</b>	Problemas técnicos de acesso à internet; falhas no áudio; Problema no manuseio da plataforma RNP* e do AVA**.
<b>Metodologia dos encontros síncronos</b>	Curso não ser presencial.
<b>Participação ou interação nas aulas</b>	Ausência de alguns cursistas; Baixa interação/participação; Dificuldades de participação; Cursistas com câmeras fechadas; Baixa participação dos gestores.

<b>Formato e organização do curso</b>	Dia e horário das aulas sem flexibilidade; Duração dos encontros síncronos (curto x longo); Aulas não disponíveis para o público geral; Período total de curso curto; Longo espaçamento entre as aulas; Encontros temáticos (SIG) não divulgados com antecedência.
<b>Processo de trabalho e realidade local</b>	Pouco tempo para a realização das atividades; Maioria das equipes não possuem TSB; Baixa valorização profissional.
<b>Que tal? (sugestões)</b>	<b>Principais aspectos destacados</b>
<b>Questões técnicas relacionadas às TICs e ao letramento digital</b>	Melhorias na plataforma RNP ou uso de outra plataforma.
<b>Metodologia dos encontros síncronos</b>	Mais metodologias ativas; Gravação dos encontros síncronos e disponibilizar para acessar posteriormente.
<b>Formato e organização do curso</b>	Aumentar a duração do curso; Ter mais encontros semanais; Ter encontros presenciais; Horários de encontros síncronos mais flexíveis; Mesclar turmas de diferentes regiões.
<b>Outras</b>	Ampliação do curso para mais equipes; Reforçar o compromisso com os gestores para a suspensão dos atendimentos no horário das atividades do curso.

\*Plataforma RNP: Plataforma da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), disponibilizada pelo Governo Federal para professores, pesquisadores e alunos (<https://conferenciaweb.rnp.br/#conheca>), utilizada nos encontros síncronos do FormaSB. \*\* AVA: Ambiente Virtual de Aprendizagem (Plataforma Moodle/UFMG).

Fonte: Banco de dados do FormaSB.

## A PERCEPÇÃO DOS CURSISTAS CIRURGIÕES-DENTISTAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA APS

Em relação ao grupo de cirurgiões e cirurgiãs-dentistas (CD) foram analisadas 753 respostas, as quais foram organizadas e consolidadas com base na recorrência dos temas apontados pelos participantes.

Na questão “Que bom”, a metodologia adotada no curso foi amplamente reconhecida como um diferencial positivo. As aulas dinâmicas (6,5%), destacadas como “ótimas” (17,8%), o espaço para troca de experiências entre municípios (12,2%) e a interação entre os participantes (6,9%) foram aspectos bastante valorizados. A qualidade dos temas abordados, a atuação dos tutores e a aplicabilidade dos conteúdos voltados à prática cotidiana no SUS também foram destacados. A motivação para a prática profissional e a aquisição de novos conhecimentos foram outros elementos citados com frequência (8,9%). Os cursistas também valorizaram a metodologia adotada, reconhecendo a importância do espaço do curso para debate.

“Conteúdo excelente, metodologia ampla e tutor esclarecedor.”

“Oportunidade de conhecer a realidade de outros municípios, e aprendermos juntos, estratégias para um melhor funcionamento do serviço.”

“Que bom que temos um espaço para debater sobre o processo de trabalho, experiências e dificuldades que cada unidade de saúde encontra.”

Em relação ao item “Que pena”, as dificuldades enfrentadas estiveram associadas, principalmente, a fatores técnicos e organizacionais. A duração do curso (12,5%), apontada como curta, foi a principal crítica, seguida por problemas de conexão com a internet (6,6%) e dificuldades relacionadas à conciliação dos horários dos encontros com a rotina de trabalho nas unidades



de saúde (4,4%). Dificuldades no uso de equipamentos, falhas de áudio e a falta de apoio formal dos gestores para liberação de horário também foram fatores citados, impactando a adesão e a participação plena dos cursistas.

“Muito pouco tempo de curso para a quantidade de conteúdo necessário.”

“Tivemos dificuldade de conexão em algumas aulas e problemas na plataforma.”

“Não consegui acompanhar toda a aula, pois não consegui cancelar os atendimentos.”

“Importante propor para a gestão do município reservar um horário específico para as atividades do curso, visando um maior aproveitamento do curso e também não sobrecarregar o profissional.”

E por fim, no item “Que tal?”, as sugestões de melhoria evidenciaram o reconhecimento da relevância do curso e o desejo de sua continuidade e expansão. A principal demanda foi pela ampliação da carga horária (11,7%), associada ao pedido de novos módulos formativos. A realização de encontros presenciais (3,3%) e a flexibilização dos horários dos encontros síncronos para possibilitar maior participação (3,8%) também foram propostas recorrentes. Além disso, sugeriu-se a abertura de novas vagas e a criação de estratégias para fortalecer o envolvimento dos gestores. Houve ainda propostas para reorganizar turmas e integrar ainda mais realidades distintas:

“Sugiro aumentar a carga horária e consequentemente o conteúdo do curso.”

“O curso deveria ser anual e expandido para mais profissionais da rede.”

“Interessante dividir as turmas para incluir profissionais das demais regiões do país.”

Destaca-se que muitas manifestações dos itens “Que pena” e “Que tal” foram sobre aspectos a serem considerados para uma próxima edição do curso ou novas iniciativas de formação.

## **A PERCEPÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA APS**

Em relação ao grupo de auxiliares em saúde bucal (ASB) e técnicos/as em saúde bucal (TSB) foram analisadas 640 respostas.

Na questão “Que bom”, a avaliação qualitativa revela uma percepção amplamente positiva, com destaque para aspectos ligados à metodologia ativa e à motivação pessoal. A categoria mais mencionada foi “troca de experiências”, representando 13% das respostas, evidenciando o valor atribuído à vivência compartilhada e ao aprendizado coletivo durante o curso. Outros pontos fortes incluem a atuação dos tutores e monitores (4%) e a dinâmica das atividades (2,8%), reforçando a relevância de uma abordagem participativa. Muitos participantes destacaram o desejo de adquirir

conhecimento e se aperfeiçoar (12%), além de reconhecerem a oportunidade como algo significativo (5,1%).

O sentimento de pertencimento ao grupo também apareceu, 2,6%, indicando que o curso favoreceu a integração dentro da própria eSB e entre a equipe e a gestão. A avaliação geral do curso foi positiva, com expressões como “produtivo/proveitoso” (9,5%), “muito bom/bom” (8,3%) e “ótimo/maravilhoso” (5%). Por outro lado, cerca de 28% das respostas foram deixadas em branco, apontando para a necessidade de ajustes na estrutura da coleta de dados e incentivo à participação nessa etapa.

“Sempre que tiver outro encontro desse quero participar.”

“Que bom que realizamos uma proposta baseada em problemas reais do cotidiano e teremos a oportunidade de tentar colocar em prática.”

“Que bom aprender novas estratégias de trabalho e gestão.”

“Que bom que estou me capacitando para dar o melhor no trabalho.”

“Um olhar além da cadeira e a importância de uma equipe unida para promover a saúde bucal da população.”

Em relação ao item “Que pena”, parte significativa dos participantes não registrou insatisfação relevante, com 44,8% das respostas indicando “nenhuma” queixa. Entre os apontamentos feitos, o principal obstáculo relatado foram os problemas

técnicos de acesso à internet (9,53%), evidenciando que, apesar do bom aproveitamento geral, a conectividade ainda representa uma limitação significativa para muitos cursistas em relação à metodologia *on-line*.

Outros pontos destacados referem-se à curta duração do curso (22,3%) e ao pouco tempo para realizar as atividades (2,8%), sugerindo a necessidade de rever o cronograma e a carga horária para melhor adequação às rotinas dos participantes. Também foram mencionadas questões como a baixa participação e interação dos cursistas (4,5% somando “baixa interação” e “não conseguir participar do início ao fim”), refletindo desafios no engajamento ao longo dos encontros. Em relação à realidade local, incluindo desigualdades entre municípios e baixa valorização profissional, apareceram como fator desfavorável ao aproveitamento do curso (4,2%).

“Que pena que o tempo passa rápido (encontro curto) e o intervalo entre os encontros é longo.”

“Tivemos dificuldade de conexão e áudio.”

“Que pena que nem todos participam com o mesmo empenho.”

“Que pena que nossos encontros serão poucos.”

“Dificuldade de conciliar trabalho e curso.”

Observaram-se barreiras ainda existentes para a implementação efetiva das ações de educação permanente na modalidade a distância no cotidiano dos serviços, com destaque para

as dificuldades de conexão com a internet e de conciliação com as atividades laborais, mesmo com o compromisso da gestão municipal de liberar os profissionais por quatro horas semanais, formalizado por meio do Termo de Compromisso no ato da inscrição.

Nas respostas à pergunta “Que tal”, voltada a sugestões e propostas de melhoria do curso, a maioria (59,4%) deixou o campo em branco. Entre os que escreveram, a demanda mais expressiva foi por mais encontros de curso (14,4%). Também se destacaram sugestões de encontros presenciais (4,4%), ampliação do curso para mais equipes (3,1%) e horários mais flexíveis (2,6%). Houve ainda pedidos por novas ideias e trocas de experiências (2,5%) e aumento no período do curso (1%). Alguns participantes também apontaram a importância de reforçar junto aos gestores a liberação para participação durante o horário de trabalho (1,4%). Apesar do foco em melhorias, também foram registrados elogios espontâneos ao curso (5,5%), reforçando a percepção positiva geral. Os dados mostram que, embora existam pontos a serem aperfeiçoados, o curso foi bem aceito, e há disposição dos participantes em continuar aprendendo por meio de formatos ainda mais acessíveis, variados e colaborativos.

“Diminuir o tempo de aula e aumentar a carga horária do curso.”

“O curso deveria ser expandido para todas as equipes.”

“Que tal qualificar outros profissionais?”

“Que tal termos mais cursos de qualificação?”

“Que tal ter mais cursos como este?”

“Muito conhecimento. Obrigada por essa oportunidade de aprendizagem.”

## A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE BUCAL

No que se refere à percepção dos gestores de saúde bucal, foram analisadas 156 respostas. Na categoria “Que bom”, registraram-se 158 respostas. Destas, destacaram-se, em ordem decrescente: espaço para trocas de experiências e compartilhamento de diferentes realidades (27,85%), oportunidade de aprendizado e participação (18,35%), qualidade das aulas (12,66%), tutores e monitores atenciosos (8,23%), importância para a formação profissional (7,59%), objetividade na explanação do conteúdo (3,8%), interação (3,8%), didática satisfatória dos tutores (1,9%) e dinâmicas (0,63%). Observou-se ainda um percentual de 15,19% de respostas em branco.

Algumas colocações dos cursistas foram direcionadas a enfatizar a importância da formação para a melhoria dos processos de trabalho:

“[...] foi um encontro muito produtivo, de troca de experiências e aquisição de conhecimentos muito importantes para a melhoria dos nossos processos de trabalho.”

“[...] teve construção de ideias para resolução de problemas [...]”

“[...] a aula foi ótima. Trabalho na gestão das equipes e não sabia da plataforma de indicadores. Tenho certeza que vai auxiliar muito meu trabalho.”

“Vejo um curso como um divisor de águas na formação dos odontólogos que atuam junto à Estratégia de Saúde da Família, por fortalecer o entendimento dos princípios e diretrizes do SUS, por ensinar como o profissional da ponta precisa se entender como gestor nesse processo e construir sua rotina de trabalho voltada para identificação da população, construção do cuidado compartilhado, atenção participativa.”

Além disso, houve a ênfase sobre a importância do papel da tutoria:

“Encontros sempre muito ricos!”

“Trocas de experiências!! Tutora maravilhosa!!”

“foi ótimo ter a oportunidade de fazer parte do curso FormaSB, poder contribuir com meus conhecimentos e mais ainda por poder adquirir conhecimentos e percepções com a nossa tutora.”

“[...] os encontros três trazem a reflexão e a tutora sempre tem algo que possa nos ajudar a transformar nossa realidade.”

“[...] tutora leve, de linguagem clara e compreensível, ajudou bastante o desenvolvimento do curso.”

Na questão “Que pena”, foram registradas 103 respostas. Destas, destacaram-se, em ordem decrescente: período total

do curso considerado curto (27,2%); encontros com tempo reduzido (14,6%); impacto das diferentes realidades entre os municípios (9,7%); problemas técnicos de acesso à internet (7,8%); curso não ser presencial (6,8%); problemas tecnológicos gerais (5,8%); dificuldades no manuseio da plataforma ou do AVA (5,8%); baixa interação ou participação (4,8%); nem todas as equipes de Saúde Bucal serem modalidade II, com TSB (4,8%); educação permanente ou continuada deficiente (2,9%); falhas no áudio (2,9%); impossibilidade de participar dos encontros do início ao fim (1,9%); dia e horário das aulas (1,9%); ausência dos demais componentes da equipe de Saúde Bucal e de integrantes da rede de atenção especializada (1,9%); e baixa valorização profissional (0,9%).

Algumas colocações dos cursistas foram direcionadas ao não envolvimento de todos os profissionais atuantes em seus municípios, assim como falas articuladas com barreiras locais:

“que pena que nem todos os dentistas da minha cidade estão participando.”

“ainda existe uma grande fragilidade na formação da rede de assistência em saúde bucal.”

“que pena que nem tudo que discutimos nos encontros seja fácil para ser colocado em prática, mas estamos lutando por uma odontologia melhor.”

“que as equipes do município não possam ser formadas todas em uma única vez. Acredito que o processo seria bem mais enriquecedor se todas as equipes



pudessem estar participando juntas e construindo o mesmo produto final [...].”

Ressaltaram as dificuldades tecnológicas, com os horários, assim como com conexão à internet. Foram apontadas queixas sobre a plataforma utilizada nos encontros síncronos (RNP) e ao Ambiente Virtual de Aprendizagem.

“Ter que conciliar o curso com o trabalho, devido ao horário das aulas.”

“Não consegui pelo celular fazer o trabalho.”

“Que pena que a falha do serviço de internet ainda é uma barreira que pode prejudicar a qualidade da aula.”

“Falhas de conexão, áudio e vídeo cortados. A plataforma precisa melhorar nesse quesito.”

“A plataforma utilizada é instável, precisa de ajustes.”

Na categoria “Que tal”, foram registradas 90 respostas. Dessas, foram destacadas, em ordem decrescente: 1) aumentar o período do curso (31,1%), 2) ampliação do curso para mais equipes (15,6%), 3) elogiou o curso/iniciativa (14,4%), 4) melhorias (10%), encontros presenciais (8,9%), novas ideias e trocas de experiências (5,6%), horários/flexibilização (5,6%), problema com a plataforma (3,3%), maior interação profissional por meio de metodologia ativa (1,1%), reforçar junto aos gestores locais que na hora das atividades do curso não haverá atendimento (1,1%), deixar aulas gravadas (1,1%), mesclar a turma com

diferentes regiões (troca de experiência) (1,1%), disponibilidade prévia de material (1,1%).

As sugestões feitas pelos gestores foram direcionadas à disseminação dos aprendizados aos demais profissionais dos municípios, assim como à participação de mais cirurgiões-dentistas:

“[...] levarmos o que estamos aprendendo para os nossos colegas que não tiveram a oportunidade de vivenciar o curso.”

“[...] deixar essas aulas salvas, para depois da finalização do curso, repassarmos aos demais profissionais das eSBs do município.”

“Ser obrigatório a participação desses profissionais que atuam na Atenção Básica participarem e contar como atividade de coletiva de aprendizado.”

“Que o Ministério visualizasse a necessidade e realizasse uma formação nesses mesmos moldes com todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, principalmente profissionais de enfermagem, os quais podemos observar que ao longo dos anos perderam muito o perfil de atuação na busca cuidado e gerenciamento das unidades, visualizando muito mais a assistência ambulatorial.”

Os gestores fizeram também sugestões para próximas turmas:

“Ampliar o tempo para orientações sobre como ter acesso às informações de produção, para nos ajudar no monitoramento e avaliação.”

“Outro curso, com outros temas, voltados para a gestão, por exemplo.”

“[...] uma continuidade do processo de aprendizado com outros cursos de educação permanente.”

“A criação de novos cursos em SB, como por exemplo voltado em atendimentos autistas.”

“Podermos fazer um segundo momento desse curso, com as mesmas turmas, para ver onde e como avançamos.”

Em síntese, de modo geral, os três grupos (cirurgiões-dentistas, auxiliares/técnicos em saúde bucal e gestores) compartilharam percepções positivas em relação ao curso, destacando a metodologia dinâmica, a qualidade dos tutores, a oportunidade de troca de experiências entre diferentes realidades e a relevância dos conteúdos para a prática cotidiana. Também houve consenso sobre limitações, como a curta duração do curso, dificuldades técnicas, especialmente de acesso à internet e uso da plataforma, e desafios para conciliar horários com as rotinas de trabalho. Entre as sugestões comuns estiveram a ampliação da carga horária, maior flexibilização dos encontros e a realização de atividades presenciais.

Especificamente, os cirurgiões-dentistas valorizaram a aplicabilidade dos conteúdos à rotina no SUS, mas apontaram como principal crítica o pouco tempo de curso e a falta de apoio dos gestores para liberação de horários. Já os ASBs e TSBs ressaltaram a motivação pessoal, o sentimento de pertencimento e a integração proporcionada pelo curso, mas evidenciaram a

desigualdade entre municípios e a baixa valorização profissional como barreiras adicionais.

Por sua vez, os gestores enfatizaram a importância do curso para aprimorar processos de trabalho e fortalecer a gestão, reconhecendo o impacto na formação das equipes; suas críticas recaíram sobretudo sobre a curta duração, as falhas tecnológicas e a ausência de participação de todos os profissionais do município. Como propostas específicas, defenderam a disseminação dos aprendizados a outros trabalhadores e a criação de novos cursos voltados também para a gestão e outras categorias da Estratégia de Saúde da Família.

## **AFINAL, O QUE ESSA EXPERIÊNCIA DE AVALIAÇÃO PROCESSUAL NOS MOSTROU? DISCUTINDO SUAS POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

A análise do conteúdo das avaliações processuais reforça a percepção de que o curso não apenas ofertou conteúdos, mas proporcionou reflexões críticas sobre a atuação profissional e sobre estratégias que possibilitem melhorar o processo de trabalho. De maneira geral, houve uma percepção muito positiva compartilhada entre as diferentes categorias profissionais. Destacaram-se elementos da aprendizagem significativa e colaborativa, uso de metodologias ativas, integração entre os participantes, atuação dos tutores promovendo engajamento e motivação. Aspectos que se alinham à educação participativa freiriana (Freire, 1996).

As metodologias adotadas estimularam reflexões críticas aos problemas do processo de trabalho e da rede de saúde, assim como a construção de estratégias para enfrentá-los, contribuindo para a qualificação contínua e a ampliação da capacidade de atuação dos cursistas, em consonância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) e da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004).

Sublinha-se que a avaliação e o monitoramento de processos educativos objetivam o seu aperfeiçoamento, assim como a sua reorientação, além de subsidiar novas proposições educativas (Silva *et al.*, 2016). A mera descrição quantitativa de dias, carga horária e número de cursistas matriculados e concluintes, não configura um sistema de avaliação da educação permanente (Silva *et al.*, 2016). Assim, a avaliação processual desenvolvida no FormaSB buscou identificar e compreender a percepção dos cursistas, e por isso foi escolhida a estratégia do “Que bom, Que pena, Que tal?”, composta de perguntas abertas, sem pautar um tema ou aspecto específico, deixando o participante livre para trazer suas impressões.

A percepção positiva expressa por auxiliares e técnicos em saúde bucal merece destaque, pois revela o potencial do formato adotado para integrar os diferentes atores da equipe de saúde bucal e da gestão. Elementos como a troca de experiências, o sentimento de pertencimento às equipes, a motivação para a aplicação prática dos saberes no cotidiano do trabalho e o desejo de novas oportunidades de formação foram ressaltados. Destaca-se que a oferta de cursos e formações para esses profissionais ainda

é, em geral, proporcionalmente menor do que para os cirurgiões-dentistas, havendo relatos que apontam para uma percepção de desvalorização (Macedo *et al.*, 2019).

A opção pela modalidade *on-line* se deu pela necessidade de formar equipes em larga escala e de garantir o acesso aos profissionais das áreas mais remotas. Por outro lado, as dificuldades e críticas apontadas nas avaliações reforçam barreiras ainda existentes para as ações de educação permanente à distância, sobretudo relacionadas à qualidade da conexão com internet, diferentes níveis de letramento digital e disponibilidade de tempo para realização das atividades propostas.

No âmbito da EPS utilizando a educação *on-line* há diferentes formatos, com uma quantidade significativa de cursos autoinstrucionais, com destaque para o amplo repositório da Universidade Aberta do SUS, a UNASUS. Reconhece-se o papel desses cursos para disseminação do conhecimento e apoio ao trabalho no âmbito do SUS, contudo, o papel da tutoria foi um fator positivo bastante ressaltado pelos cursistas do FormaSB, assim como em outros estudos sobre cursos EaD (Gauer Júnior; Ziede, 2023; Grellert; Neunfeld, 2024). A proposta do FormaSB, com integração entre equipe de saúde bucal e gestão, mediada por tutoria qualificada, com foco na interação desses atores para pensar problemas e estratégias de qualificação da rede de atenção em seus municípios, representou uma iniciativa com elementos inovadores, convergentes com os princípios da EPS e com indicativo de que seu formato pode ser continuado em outros cursos para profissionais da APS.

As avaliações processuais se mostraram como uma importante estratégia que subsidiou possíveis ajustes ao longo da ação educativa, mesmo em um curso de três meses de duração, especialmente para os tutores poderem modificar ou incrementar estratégias pedagógicas, ampliar a participação e reduzir a evasão. Nesse contexto, além da alta qualificação dos tutores selecionados, eles passaram por uma formação, de carga horária total de 20 horas, que envolveu desde a apresentação detalhada do curso, do material de apoio à tutoria, do que era esperado do/a tutor/a, reflexões sobre as singularidades da formação *on-line* e sobre a realidade da APS em municípios rurais.

O percentual de mais de 80% de concluintes, considerando todos os ingressantes, e de mais de 65%, considerando os matriculados, corroboram com esses resultados positivos, e estão convergentes com a taxa de evasão média geral para EaD no Brasil, que tem variado de 26 a 30% (ABED, 2024). Estudos atribuem diversos motivos para evasão de cursos *on-line*, entre eles aspectos relacionados ao contexto familiar, trabalho, dificuldades no acesso e uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) e para acompanhar as atividades (Branco *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2018). No FormaSB, além desses, a não liberação ou liberação parcial da gestão para realizar as atividades do curso e a perda do vínculo de trabalho com o município também foram fatores relacionados à evasão ou à redução da participação.

A avaliação processual foi ainda um recurso de gestão do curso, uma proposta que estava sendo implementada pela primeira vez. Por meio dela, a coordenação geral e coordenação pedagógica

puderam acompanhar a percepção dos cursistas e sentir a aceitação dos participantes.

Foi observado também um percentual considerável de respostas em branco nas três perguntas norteadoras da avaliação processual. Essa ocorrência pode indicar tanto limitações técnicas, como dificuldade de conexão no momento da resposta ao questionário, baixa familiaridade para responder esse tipo de instrumento, ou mesmo baixo interesse em participação em processos avaliativos.

Por fim, ressalta-se que essa experiência de avaliação processual mostrou-se efetiva para cumprir o objetivo de conhecer e monitorar a percepção dos participantes sobre o curso em tempo oportuno de promover ajustes no processo pedagógico, bem como para o aprimoramento de novas ofertas de EPS. Contudo, faz-se necessário diversificar as estratégias de avaliação adotadas e estímulo à participação em iniciativas futuras.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA [ABED]. **Censo EAD 2024/2025**: relatório analítico da aprendizagem a distância no Brasil. São Paulo: ABED, 2024. Disponível em: <https://www.abed.org.br/site/publicacoes/2486/censoead.br---2024/2025>. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do



Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html). Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o monitoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_monitoramento\\_politica\\_nacional\\_educacao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_monitoramento_politica_nacional_educacao_saude.pdf). Acesso em: 4 set. 2025.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

FURTADO, J. A aprendizagem significativa passa pela avaliação formativa. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://juliofurtado.com.br/wp-content/uploads/2015/08/Texto-A-apz-significativa-passa-pela-avalia%C3%A7%C3%A3o-formativa.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025.

GAUER JÚNIOR, J.; ZIEDE, M. K. L. Educação a distância. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 1-11, jan. 2023.

GRELLERT, A. P.; NEUNFELD, B. H. A relevância do tutor no Programa Saúde com Agente: reflexões advindas da práxis. **RENTE**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 57-66, 2024.

GUIMARÃES, R. C.; BRANDÃO, S. S. S. Avaliação na modalidade EaD: análise da prática do Curso Profucionário – Secretaria Escolar. **TICs & EaD em Foco**, São Luís, v. 3, n. 2, 2017.

GUSMÃO, C. M. G. *et al.* Programa de Qualificação Profissional: desenvolvimento sustentável, educação aberta e componente inteligente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 19, n. 46, p. 4368, 2024.

JESUS, J. M. de *et al.* Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e1312, 2022.

MACEDO, L. R. *et al.* Percepção dos auxiliares e técnicos em saúde bucal da atenção primária sobre a política de educação permanente em saúde. In: SANTOS, E. C. (org.). **Odontologia: serviços disponíveis e acesso 2**. Ponta Grossa: Atena, 2019. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/percepcao-dos-auxiliares-e-tecnicos-em-saude-bucal-da-atencao-primaria-sobre-a-politica-de-educacao-permanente-em-saude>. Acesso em: 10 ago. 2025.

MORAN, J. Aprendizagem significativa. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: [https://moran.eca.usp.br/textos/educacao\\_inovadora/significativa.pdf](https://moran.eca.usp.br/textos/educacao_inovadora/significativa.pdf). Acesso em: 12 jul. 2025.

OLIVEIRA, P. T. R.; CASANOVA, A. O. Apresentação. In: SANTOS, E. M.; CARDOSO, G. C. P.; OLIVEIRA, E. A. (orgs.). **Aprendendo avaliação: modelos e métodos aplicados**. Rio de Janeiro: Cebes, 2023. p. 11-17.

RODRIGUES, L. S. *et al.* A evasão em um curso de especialização em Gestão em Saúde na modalidade a distância. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 889-901, jul. 2018.

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, set. 2016.

## **CAPÍTULO 5**

# **PROTAGONISMO DA TUTORIA NO FORMASB: MEDIAÇÃO, APRENDIZADOS E CAMINHOS PARA O FORTALECIMENTO DA SAÚDE BUCAL NO SUS**

**Mônica Villela Gouvêa  
Guadalupe Sales Ferreira  
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta**

### **Introdução**

O curso FormaSB, Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal, foi uma iniciativa de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada à qualificação das equipes e dos coordenadores de saúde bucal que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A EPS é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) orientada à transformação das práticas de cuidado e gestão por

meio da aprendizagem no cotidiano do trabalho. Fundamentada na problematização das práticas e na valorização dos saberes dos trabalhadores, a EPS ultrapassa o modelo tradicional de capacitação pontual e descontextualizada, promovendo espaços coletivos de reflexão e aprendizagem baseados nas necessidades reais dos serviços e dos territórios (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS n. 1.996/2007, consolidou a EPS como estratégia de qualificação da atenção e de fortalecimento da gestão participativa e democrática. A PNEPS estabelece diretrizes que incentivam a articulação entre ensino, serviço e comunidade, a gestão participativa e o protagonismo dos trabalhadores no planejamento das ações formativas (Brasil, 2007).

No campo da saúde bucal, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, lançadas em 2004 sob o nome de Brasil Sorridente, e a Lei n. 14.572/2023, que estabelece a PNSB como política de Estado, reafirmam o compromisso com a ampliação do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade nas ações de saúde bucal no SUS. Um de seus pilares é a valorização da formação e da qualificação contínua das equipes de saúde bucal (eSB), reconhecendo a EPS como ferramenta essencial para superar práticas fragmentadas e tecnicistas historicamente associadas à Odontologia (Brasil, 2004, 2023).

Nesse sentido, o curso FormaSB buscou promover a reflexão sobre pontos críticos e boas práticas no processo de trabalho das eSB e da gestão, como o enfrentamento das iniquidades, o cuidado a populações vulnerabilizadas e o acolhimento das necessidades dos

usuários. Ressalta-se que a adoção da EPS nas práticas de gestão e cuidado em saúde fortalece e valoriza o trabalho em equipe, a articulação intersetorial e a democratização dos saberes no âmbito dos serviços.

A tutoria destacou-se, nesse percurso, como eixo estruturante da proposta pedagógica, mediando os conteúdos formativos do curso e a realidade concreta dos territórios, potencializando a aprendizagem coletiva. Essa perspectiva, em sintonia com os princípios da Educação Permanente em Saúde, orienta as análises apresentadas neste capítulo e dialoga com o pensamento de Paulo Freire (1996), para quem ensinar exige reconhecer os saberes prévios, cultivar a curiosidade crítica e promover a autonomia dos sujeitos, princípios materializados na tutoria ao estimular a problematização das práticas e a construção compartilhada do conhecimento.

Nesse contexto das políticas de formação em saúde e das diretrizes da PNSB, este capítulo tem como objetivo analisar o papel da tutoria na implementação pedagógica do FormaSB, destacando suas estratégias de mediação, desafios e contribuições para a consolidação da EPS como prática transformadora no SUS.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A investigação da experiência dos tutores no curso FormaSB integrou o projeto de pesquisa Análise dos efeitos de uma ação educativa para equipes e gestores de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde no Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 78949724.2.0000.5149).

Os dados primários do perfil do grupo de tutoria foram obtidos dos formulários de inscrição para seleção e os dados qualitativos foram obtidos em diferentes momentos avaliativos, que incluíram avaliações individuais via formulários Google e grupos focais (GF) realizados de forma *on-line* nas fases intermediária e final do curso. A escolha dessa abordagem se justifica por sua capacidade de articular o conteúdo das falas com dimensões pedagógicas e avaliativas da experiência, permitindo compreender os significados atribuídos pelos tutores ao seu papel formativo e aos resultados do curso. Ao integrar dados provenientes de instrumentos distintos e momentos diversos do processo formativo, essa análise possibilitou uma visão abrangente do papel da tutoria, enquanto dimensão pedagógica, mediadora e avaliativa, fortalecendo o caráter participativo e dialógico da pesquisa.

Os grupos focais, reconhecidos como instrumentos metodológicos importantes no campo da avaliação de quarta geração, enfatizam a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sobre os quais incide o fenômeno avaliado (Tanaka; Melo, 2004). Essa abordagem possibilita a partilha e o contraste de experiências decorrentes de interesses e preocupações comuns, que dificilmente seriam articuladas individualmente em outros formatos metodológicos (Gaskell, 2002).

Foram constituídos sete GF *on-line*, com participação média de 12 tutores por grupo. Cada encontro foi iniciado com a apresentação dos objetivos do espaço avaliativo e, para estimular o início das discussões, solicitou-se que os tutores completassem a frase: “Ser tutor/a do FormaSB é...”

Os coordenadores pedagógicos atuaram como facilitadores, criando um ambiente acolhedor e propício à livre expressão das percepções, experiências e pontos de vista dos participantes. Para apoiar a discussão, foram utilizadas questões norteadoras voltadas à exploração de facilitadores e barreiras no exercício da tutoria, bem como das estratégias adotadas para superar os desafios cotidianos das turmas.

Os encontros tiveram duração média de 60 minutos e foram gravados com o consentimento dos participantes. As transcrições foram realizadas com apoio do aplicativo *TurboScribe* e revisadas pela equipe de coordenação pedagógica e pelos monitores do curso. Em seguida, procedeu-se à análise temática do material, com foco na identificação de núcleos de sentido relacionados à experiência da tutoria e à sua contribuição para o desenvolvimento do curso.

## **PERFIL E PAPEL DOS TUTORES NO FORMASB**

A primeira edição do curso FormaSB começou em agosto de 2024, com dois grupos de ingressantes (dias 23 e 30), totalizando 3194 matriculados, oriundos de 1060 municípios de todos os estados brasileiros. A prioridade dada à participação de equipes de municípios com até 20 mil habitantes reforçou o caráter estratégico do curso na redução das desigualdades no acesso à formação em saúde.

Com carga horária total de 60 horas, sendo 36 horas de atividades síncronas e 24 horas assíncronas, o curso foi realizado

em formato virtual, com encontros quinzenais às sextas-feiras. Esses momentos reuniam cursistas, tutores, monitores e convidados, que, a partir dos conteúdos estruturantes do curso, desenvolviam diálogos e refletiam sobre a elaboração de planos de intervenção voltados à qualificação da saúde bucal nos territórios.

Foram formadas 162 turmas, compostas por diferentes perfis profissionais: coordenadores municipais, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, acompanhadas por 81 tutores selecionados por edital público lançado em abril de 2024. O edital definiu como requisitos a graduação em Odontologia e pós-graduação nas áreas de Gestão, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Planejamento, Avaliação ou Ensino na saúde, além da disponibilidade de 12 horas semanais para as atividades de tutoria. Foram considerados diferenciais a experiência na Atenção Primária à Saúde (APS), gestão, integração, ensino, serviço, docência ou tutoria em EaD.

O grupo de tutoria foi composto majoritariamente por mulheres (n=65), refletindo o perfil de gênero predominante na área da saúde. Quanto à cor/raça, pessoas pardas (n=25), negras (n=5) e amarelas (n=2) integraram o grupo junto à maioria branca (n=49), evidenciando a importância de políticas contínuas de equidade e inclusão racial. A procedência dos tutores foi bem diversa, com representantes de todas as regiões: Nordeste (n=37), Sudeste (n=26), Sul (n=12), Norte (n=4) e Centro-Oeste (n=3), o que ampliou a compreensão das diferentes realidades territoriais do cuidado e da gestão em saúde bucal no SUS. A convivência



entre profissionais de diferentes contextos fortaleceu a reflexão crítica e a construção de soluções contextualizadas.

Quanto à formação acadêmica, 19 tutores tinham residência em Saúde da Família, 64 possuíam mestrado e 27 doutorado, além de 67 com especializações em áreas afins. Metade dos tutores não atuava no ensino superior, enquanto 25 tinham vínculo com IES públicas ou privadas. A maioria (65) possuía vínculo direto com o SUS, especialmente na APS, e 53 relataram experiência em gestão, 63 em integração ensino-serviço e 41 em tutoria EaD, revelando um grupo com sólida experiência prática e alinhamento aos princípios da EPS.

As atribuições dos tutores envolveram competências pedagógicas e comunicativas voltadas à mediação da aprendizagem colaborativa e ao estímulo de mudanças nos processos de trabalho. Suas responsabilidades incluíram: participação na oficina de formação de tutores; condução de encontros síncronos quinzenais; acompanhamento das atividades assíncronas; apoio aos cursistas na plataforma Moodle, que abrigou o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA); elaboração de relatórios; e participação em reuniões de acompanhamento pedagógico.

A oficina de formação de tutores, realizada em julho e agosto de 2024, constituiu-se em um espaço de imersão crítica e dialógica sobre o papel da tutoria. Conduzida pela equipe de coordenação pedagógica, promoveu o reconhecimento dos saberes prévios, a análise do material didático e a experimentação de estratégias de mediação participativa. Ao final, os tutores foram alocados em duas turmas cada, com até 25 cursistas, contando com o apoio de monitores voluntários.

## **O FORMASB SOB O OLHAR DOS TUTORES: PERCEPÇÕES, SENTIDOS E APRENDIZAGENS**

Mais do que facilitadores, os tutores do curso FormaSB se constituíram como mediadores centrais do processo de ensino-aprendizagem, articulando os conteúdos formativos às realidades dos territórios. Com escuta qualificada, sensibilidade pedagógica e compromisso com o SUS, atuaram na construção de pontes entre saberes e práticas, estimulando os cursistas a refletirem criticamente sobre os desafios locais da saúde bucal.

O curso, mediado pela tutoria, possibilitou a elaboração de planos de intervenção como produtos concretos e transformadores da experiência formativa, constituindo instrumentos potentes para a transformação do cuidado e da gestão nos territórios.

A escuta qualificada das avaliações realizadas pelos 81 tutores reforça o caráter inovador do FormaSB e sua potência como experiência formadora em saúde bucal. O curso foi reconhecido não apenas como um espaço de qualificação técnica, mas como uma vivência transformadora, com repercussões para cursistas, monitores e tutores e, consequentemente, para os serviços de saúde e para os usuários do SUS. Os principais achados emergem dos eixos temáticos descritos a seguir.

O projeto pedagógico do curso foi amplamente destacado pelos tutores como um de seus maiores diferenciais. Estruturado com base em metodologias participativas e ativas, apoiadas por materiais didáticos acessíveis e bem elaborados, o curso favoreceu a autonomia e o protagonismo dos cursistas. O roteiro detalhado

dos encontros, o suporte contínuo da coordenação pedagógica e o trabalho colaborativo com os monitores foram apontados como elementos-chave para o êxito da tutoria. Essa percepção está em consonância com os achados de Rocha, Bevilacqua e Barletto (2022), que identificam nas metodologias participativas o potencial de promover empoderamento e mudança nas práticas cotidianas, e com as conclusões de Jacobovski e Ferro (2021), que evidenciam o papel das metodologias ativas na aprendizagem significativa e na transformação das práticas de trabalho.

A abordagem centrada nas realidades locais dos cursistas, especialmente nos municípios de pequeno porte, foi constantemente apontada como um ponto alto. Os tutores ressaltaram o papel da escuta, da troca de experiências inter-regionais e da reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde bucal como práticas que fortaleceram o vínculo entre formação e território.

Outro aspecto valorizado foi a diversidade de perfis dos participantes. Essa composição plural, envolvendo coordenadores, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, enriqueceu os debates e contribuiu para a democratização das discussões. Os tutores relataram que essa pluralidade resultou em trocas horizontais e significativas, nas quais cada trabalhador pôde expressar sua realidade e contribuir para a construção coletiva do conhecimento. Depoimentos como “lembraram que nós existimos” e “elas têm se sentido mais à vontade para falar, têm sentido que têm direito à voz” sintetizam o papel inclusivo e emancipador desempenhado pelo curso, tanto para os cursistas quanto para os próprios tutores.

A estrutura organizacional do curso também foi amplamente reconhecida como um fator de sucesso. O equilíbrio entre planejamento técnico, apoio pedagógico contínuo e espaços coletivos de formação, como os encontros temáticos realizados por meio do SIG (Special Interest Groups), contribuiu para o fortalecimento da tutoria e para o sentimento de pertencimento ao projeto. O Ambiente Virtual de Aprendizagem foi considerado intuitivo e de fácil navegação, especialmente por disponibilizar materiais curtos, objetivos e acessíveis. Ainda assim, alguns tutores relataram desafios relacionados à conectividade e ao engajamento de cursistas com menor familiaridade digital. Apesar dessas dificuldades, destacaram a importância dos SIG como espaços de troca e aprendizagem ampliada, que fortaleceram a identidade coletiva da tutoria e promoveram o compartilhamento de estratégias pedagógicas.

Os tutores expressaram, recorrentemente, um forte sentimento de pertencimento e orgulho em relação ao curso, reconhecendo-o como uma iniciativa histórica na valorização da saúde bucal no SUS. O alcance nacional e a priorização dos municípios de pequeno porte foram percebidos como aspectos simbólicos e políticos relevantes, representando um movimento concreto de equidade na formação. A tutoria foi vivenciada como um espaço de afeto, aprendizado mútuo e compromisso coletivo com a transformação das práticas de cuidado. Expressões como “experiência transformadora”, “construção coletiva de um futuro mais justo e igualitário” e “um marco para a saúde bucal no SUS” traduzem a dimensão subjetiva e política dessa vivência. Em síntese,

formar para o SUS foi também formar com o SUS, reafirmando a potência de processos educativos baseados na escuta, na colaboração e no diálogo com o território.

Ao lado dos avanços e reconhecimentos, as avaliações dos tutores também revelaram desafios concretos enfrentados durante a implementação do curso, que devem ser considerados em futuras edições. As barreiras tecnológicas foram apontadas como um dos principais entraves, especialmente em municípios de pequeno porte. A instabilidade da internet, a falta de equipamentos adequados e a baixa familiaridade com o uso do AVA dificultaram a participação plena de parte dos cursistas. Entre as sugestões, destacou-se a criação de um módulo inicial de ambientação mais robusto, com materiais tutoriais simples e o uso de recursos pedagógicos menos dependentes de conectividade, como o WhatsApp, slides e materiais *offline*.

O engajamento desigual dos cursistas foi outro ponto crítico. Os tutores associaram a evasão à inscrição compulsória em alguns municípios, à sobrecarga de trabalho, à ausência de liberação para participação durante o expediente e à coincidência com o período eleitoral nos municípios (2º semestre de 2024). Também foi mencionada a expectativa frustrada de parte dos participantes, que esperavam uma capacitação mais tradicional e estranharam o formato ativo e reflexivo proposto. Em alguns grupos, o envolvimento efetivo ficou concentrado em poucos cursistas, o que limitou a construção coletiva dos produtos finais.

A duração de três meses foi considerada insuficiente por parte dos tutores, dada a densidade dos conteúdos e a complexidade

das tarefas. Foram sugeridas adaptações no formato, como a ampliação do curso para quatro meses, maior equilíbrio entre momentos síncronos e assíncronos e simplificação de algumas atividades, sem perda da qualidade pedagógica.

Por fim, emergiram reflexões sobre a necessidade de fortalecer a equidade, a escuta e a inclusão nos grupos de aprendizagem. Em alguns contextos, a presença de coordenadores municipais inibiu a participação de auxiliares e técnicos, especialmente em realidades mais hierarquizadas. Também foram apontadas diferenças significativas entre contextos locais, como os de equipes ribeirinhas, indicando a necessidade de pensar estratégias pedagógicas que contemplem a diversidade e as especificidades da organização da APS presentes no território nacional.

## **RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS DOS TUTORES: CAMINHOS PARA O APERFEIÇOAMENTO DO FORMASB**

As recomendações indicadas pelos tutores revelam forte engajamento com a proposta pedagógica do FormaSB e compromisso genuíno com a qualidade do processo formativo. A escuta das suas percepções e sugestões constituiu uma fonte importante de aprimoramento para futuras edições do curso.

Um dos aspectos mais recorrentes diz respeito à necessidade de melhor distribuição das atividades nos encontros, especialmente nos módulos iniciais, de modo a favorecer o aprofundamento

das discussões e o engajamento dos participantes. Alguns tutores sugeriram que os encontros tivessem menor densidade de conteúdo e maior foco no debate, além da inclusão de atividades interativas, como *quizzes*, trilhas de decisão e recursos audiovisuais (vídeos explicativos, linhas do tempo temáticas). Também foi proposta a disponibilização de slides com perguntas e respostas dos estudos de caso, como apoio à condução dos debates, sobretudo nos momentos de fechamento coletivo.

A presença de barreiras tecnológicas foi um tema amplamente mencionado, acompanhada de propostas voltadas à mitigação desses obstáculos. Entre as sugestões, destacam-se: a adoção de plataforma mais simples e intuitiva; a possibilidade de gravação dos encontros síncronos para cursistas com ausências justificadas; e a criação de um módulo introdutório obrigatório sobre o uso das ferramentas digitais e a organização da agenda do curso. Recomendou-se, ainda, a presença de apoio técnico em tempo real durante os encontros, por meio de parceria com a RNP, a fim de que os tutores possam concentrar-se na mediação pedagógica, sem sobrecarga com questões operacionais. Outro ponto central refere-se à adequação do curso ao uso predominante de dispositivos móveis, com soluções que favoreçam o acompanhamento de vídeos, o compartilhamento de arquivos e a participação nos fóruns via celular.

Essas observações convergem com os achados de Monteiro e Nantes (2021), que destacam como a pouca familiaridade com plataformas digitais, a falta de equipamentos e a fragilidade de conectividade afetam a participação e o aproveitamento em

cursos virtuais. Assim, a construção de um desenho pedagógico acessível, articulado ao letramento digital e à educação midiática, pode converter barreiras tecnológicas em oportunidades de inclusão e de participação qualificada (Mendonça, 2025).

Outro conjunto de recomendações diz respeito à necessidade de maior comprometimento das gestões municipais com a liberação e o apoio aos cursistas. Sugeriu-se reforçar essa pactuação já no momento da inscrição, mediante assinatura de termo de compromisso por gestores e participantes, assegurando o reconhecimento mútuo das exigências e objetivos do curso.

Além disso, propôs-se a oferta de uma edição específica do curso voltada aos coordenadores de saúde bucal com foco no planejamento e organização das ações locais de saúde bucal. Com isso, fortalecer a gestão nos municípios e, indiretamente, induzir a incorporação da saúde bucal nos organogramas das secretarias municipais. Na mesma direção, foi sugerida a realização de encontros temáticos, como os SIG, voltados à sensibilização de coordenadores e gestores sobre o papel estratégico da Educação Permanente em Saúde das equipes, para a implantação e qualificação das diretrizes da PNSB.

O trabalho da tutoria foi amplamente reconhecido como eixo central do processo de ensino-aprendizagem, embora os tutores também tenham relatado sobrecarga e a necessidade de maior apoio operacional. Nesse sentido, foi sugerido o aprimoramento da monitoria tanto no processo de seleção, priorizando estudantes dos períodos mais avançados da graduação, quanto na qualificação para o apoio pedagógico. A valorização



formal dessa atuação, preferencialmente com vínculo a bolsa ou outra forma de reconhecimento, foi apontada como estratégia para incentivar o engajamento dos monitores e assegurar a continuidade do acompanhamento aos tutores e cursistas.

Por fim, destacaram-se recomendações voltadas à expansão e à continuidade do FormaSB. Alguns tutores destacaram a importância de ampliar o público-alvo para municípios de maior porte e capitais, incluindo profissionais das equipes de Atenção Primária (20 e 30 horas). Outros sugeriram a transformação do curso em uma especialização, com ampliação da carga horária e aprofundamento dos conteúdos. Também foi proposta a criação de uma segunda fase do FormaSB, voltada a temas como planejamento, gestão do cuidado, financiamento e monitoramento e avaliação, além de cursos introdutórios complementares sobre o SUS, especialmente destinados a ASB, TSB e profissionais recém-ingressos no serviço público.

## **A TUTORIA COMO MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA E PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A experiência analisada reafirma a centralidade da tutoria como eixo estruturante de processos formativos em saúde que se propõem dialógicos, participativos e transformadores. No FormaSB, o tutor não se limitou ao papel técnico de facilitador de conteúdo, mas atuou como mediador e agente político

pedagógico, articulando saberes, práticas e sujeitos em torno de um projeto coletivo de fortalecimento da saúde bucal no SUS.

Conforme discutem Ceccim e Feuerwerker (2004, 2005), a EPS parte do trabalho como espaço de produção de conhecimento e de transformação das práticas. Essa perspectiva desloca o foco da transmissão de conteúdos para a problematização da realidade, convocando educadores e aprendizes a aprender com o cotidiano do serviço. A tutoria no FormaSB se aproxima dessa concepção ao promover a reflexão crítica sobre os desafios locais da atenção à saúde bucal e ao estimular a formulação de planos de intervenção enraizados nos territórios.

Sob essa ótica, o tutor opera como elo entre ensino e cuidado, exercendo o que Freire (2002) denominou de mediação dialógica: um processo educativo que reconhece os sujeitos como protagonistas do próprio aprendizado e valoriza o diálogo como caminho para a construção coletiva do conhecimento. As falas dos tutores e os resultados da avaliação evidenciam que esse papel de mediação foi vivido de modo ético, sensível e politicamente comprometido, configurando-se como prática de emancipação e de produção de sentido no trabalho.

No campo da educação à distância, Kenski (2012) enfatiza que o tutor é o principal responsável por garantir o vínculo e a presença pedagógica nos ambientes virtuais, traduzindo a linguagem tecnológica em experiência humana. Essa mediação humanizadora mostrou-se especialmente relevante no FormaSB, cuja abrangência nacional impôs desafios relacionados à conectividade, ao letramento digital e

à diversidade de perfis profissionais. As estratégias adotadas pelos tutores, como o acolhimento individualizado, o estímulo à participação e o apoio técnico cotidiano, foram decisivas para a adesão e a permanência dos cursistas, confirmando o papel da tutoria como suporte afetivo e pedagógico em processos formativos mediados por tecnologia.

Garrison, Anderson e Archer (2000) estabelecem que a experiência de aprendizagem *on-line* se constrói a partir da interação entre três dimensões: presença de ensino, presença social e presença cognitiva. A presença de ensino, ou pedagógica, refere-se ao papel do tutor na concepção, facilitação e direcionamento dos processos cognitivos e sociais. A presença social diz respeito à capacidade dos participantes de se projetarem social e emocionalmente na comunidade de aprendizagem, percebendo-se como pessoas reais, aspecto em que o tutor desempenha papel fundamental. Já a presença cognitiva refere-se ao grau de construção de significado por meio da reflexão e do discurso colaborativo. Para os autores, a criação da presença pedagógica constitui uma responsabilidade central do tutor.

Ainda assim, a experiência revelou tensões inerentes à EaD no SUS já apontadas por Lima *et al.* (2024) e Lima e Santos (2019), como a sobrecarga dos mediadores, as limitações tecnológicas dos participantes e a necessidade de maior apoio institucional. Essas dificuldades não anulam a potência do modelo, mas indicam a urgência de repensar as condições de trabalho e a infraestrutura digital que sustentam a educação a distância em saúde pública no Brasil.

Nesse sentido, cabe problematizar que foi recorrente o pedido de gravação dos encontros para disponibilização aos cursistas ausentes nos encontros síncronos. No caso do FormaSB, o objetivo central não era a mera transmissão de conteúdo, mas a vivência do diálogo e do encontro como espaços de troca e construção coletiva. A gravação poderia comprometer tanto o sigilo das discussões quanto o sentido pedagógico do curso, que valorizava a participação e a presença ativa.

As dificuldades com as plataformas digitais também se mostraram um desafio. Apesar da pertinência de se garantir suporte técnico em tempo real, reconhece-se que a viabilidade dessa ação é limitada frente ao número elevado de turmas simultâneas. Mais do que suporte, a experiência indica a importância de dispor de plataformas amigáveis, de fácil navegação tanto para tutores quanto para cursistas, que favoreçam a autonomia dos sujeitos, um ponto também destacado por Silva *et al.* (2022) ao analisarem tecnologias educacionais no campo da saúde.

Outro aspecto relevante refere-se ao comprometimento institucional dos gestores municipais, formalizado por meio de um termo de adesão que previa, entre outros pontos, a liberação de carga horária para os cursistas, acesso à internet e garantia de participação sem prejuízo de suas atividades laborais. Embora esse instrumento tenha sido assinado, alguns tutores relataram o descumprimento do acordo, o que afetou a assiduidade e o engajamento de parte das equipes. Tal situação reforça a necessidade de pactuação efetiva e corresponsabilidade entre as gestões municipais e as instituições formadoras, condição essencial para a consolidação da EPS como política pública.

Destaca-se, ainda, a relevância dos espaços de acompanhamento entre coordenadores pedagógicos e tutores, que ocorreram de forma sistemática e configuraram verdadeiras comunidades de prática. Nesses encontros, as trocas de experiências, o compartilhamento de estratégias e o apoio mútuo contribuíram para a qualificação contínua da tutoria e para a consolidação de uma identidade coletiva, uma dimensão que se alinha à ideia de formação entre pares, destacada por Nóvoa (2009) e Tardif (2014) como essencial à construção dos saberes docentes.

As recomendações apresentadas pelos tutores, que vão desde ajustes no desenho pedagógico até medidas de fortalecimento da gestão e da monitoria, reafirmam o princípio da avaliação participativa, tal como proposto por Guba e Lincoln (1989). Ao reconhecer fragilidades e apontar caminhos para o aprimoramento do curso, os tutores exercem a coautoria do processo formativo e consolidam o FormaSB como uma experiência viva de Educação Permanente em Saúde, na qual aprender e fazer se retroalimentam continuamente.

Por fim, a experiência do FormaSB confirma que a formação para o SUS ocorre em um movimento de reciprocidade entre teoria e prática, ensino e serviço, formadores e trabalhadores. Nesse contexto, o tutor emerge como sujeito coletivo que aprende e ensina em diálogo com as realidades locais, contribuindo para o fortalecimento da gestão, do cuidado e da cidadania em saúde bucal (Novak; Gowin, 1999). Como diria Freire (2002; 2019), educar é um ato de coragem e, no FormaSB, essa coragem se traduziu em encontros que produziram consciência crítica, pertencimento e esperança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O êxito da primeira edição do FormaSB está intimamente ligado à potência do trabalho realizado pelos 81 tutores que compuseram sua rede de mediação. Sua diversidade, competência e compromisso sustentaram o curso como espaço de construção coletiva e de fortalecimento do cuidado em saúde bucal no Brasil.

Reconhecer o papel dos tutores como protagonistas dessa experiência é essencial. Seu trabalho traduziu o conteúdo em ação, apoiou a reflexão crítica, estimulou a elaboração dos planos de intervenção e manteve viva a conexão entre ensino e realidade, entre teoria e prática.

As recomendações apresentadas pelos tutores evidenciam um alinhamento consistente com os princípios da EPS, ao mesmo tempo em que expressam a vivência concreta de quem atua na linha de frente da mediação pedagógica. As avaliações apontam desafios reais, mas reafirmam a relevância da proposta e o compromisso coletivo com a qualificação contínua do curso. O reconhecimento das fragilidades do processo formativo constitui, por si só, um potente indicador de maturidade pedagógica e institucional.

O FormaSB é, antes de tudo, uma construção coletiva e, como tal, está em permanente aperfeiçoamento. Os aprendizados trazidos pelos tutores iluminam caminhos de aprimoramento e reafirmam a centralidade de um projeto formativo que nasce comprometido com a transformação das práticas de gestão e cuidado no SUS. As contribuições analisadas demonstram que há espaço e demanda para avanços em diferentes frentes, da técnica à

pedagógica, da gestão à participação discente, reforçando o caráter dinâmico e emancipador da proposta.

Essas proposições configuram não apenas um diagnóstico qualificado, mas também um conjunto robusto de subsídios para o redesenho e a continuidade do curso, permitindo que ele se torne ainda mais efetivo, inclusivo e transformador nos territórios em que atua.

Por fim, o FormaSB deixa um legado que ultrapassa os limites das turmas e municípios participantes: constitui-se como um marco na consolidação da Educação Permanente em Saúde Bucal no SUS e como uma experiência formativa que impactou não apenas os serviços, mas também o percurso profissional e pessoal de cada tutor que integrou essa trajetória coletiva.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Lei n. 14.572, de 24 de abril de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF,

25 abr. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm). Acesso em: 10 set. 2025.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 861-872, 2004a.

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

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GARRISON, D. R.; ANDERSON, T.; ARCHER, W. Critical inquiry in a text-based environment: computer conferencing in higher education. **The Internet and Higher Education**, v. 2, n. 2-3, p. 87-105, 2000.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

JACOBOWSKI, R.; FERRO, L. F. Permanent education in health and active learning methodologies: a systematic integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e39910313391, 2021.

KENSKI, V. M. **Educação e tecnologias**: o novo ritmo da informação. 8. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.

LIMA, R. M. F. *et al.* A tutoria na educação a distância: concepções e desafios do professor tutor. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 3, e3623, 2024.

LIMA, T.; SANTOS, L. F. Desafios da tutoria em EaD e estratégias de mediação pedagógica: um estudo de caso. In: HRENECHEN, V. C. A. T. (org.). **Comunicação, mídias e educação**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Desafios contemporâneos para a saúde digital: letramento, educação midiática e prevenção à desinformação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 49, e14, 2025.



MONTEIRO, E. S.; NANTES, E. A. S. Digital literacy as a teaching-learning strategy in higher education during emergency remote education. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e03101018576, 2021.

NOVAK, J. D.; GOWIN, D. B. **Aprender a aprender**. 2. ed. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 1999.

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

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2022.

SILVA, F. T. M.; KUBRUSLY, M.; AUGUSTO, K. L. Uso da tecnologia no ensino em saúde: perspectivas e aplicabilidades. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 2, 2022.

SOUZA, I. S. *et al.* Characterization of teaching-learning tutors in public health services and topics of interest for their work. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20230268, 2024.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.



## **CAPÍTULO 6**

# **MONITORIA VOLUNTÁRIA NO FORMASB: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

**Elisete Casotti  
Maria Eduarda Andrade dos Passos Ramos  
San Diego Oliveira Souza  
Felipe dos Santos Lisboa  
Mônica Villela Gouvêa**

## **INTRODUÇÃO**

A partir do lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, em 2003, o número de equipes de Saúde Bucal de 40 horas na Atenção Primária à Saúde foi ampliado e, em 2025, já totaliza 36.242 equipes no país. A publicação da Lei n. 14.572, de 8 de maio de 2023, que alterou a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir formalmente a Política Nacional de Saúde Bucal no campo de

atuação do SUS (Brasil, 2023), convoca todos os entes federativos a criar condições para a implementação das diretrizes da PNSB nos planos de ação governamentais.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito das redes públicas municipais de saúde, enfrenta desafios semelhantes às demais políticas de Atenção Primária no Brasil, como a tensão entre o modelo biomédico e o de Saúde da Família (Fertonani *et al.*, 2015); à permanência de iniquidades no acesso e na oferta de serviços (Palmeira *et al.*, 2022) e, o número insatisfatório de equipes de Saúde da Família (eSF) no país (Corrêa *et al.*, 2021). E, nesse cenário, a despeito das recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia (Brasil, 2021), ainda persistem os desafios da formação de profissionais de saúde orientados para as necessidades do modelo de atenção preconizado pelo Sistema Único de Saúde (Oliveira *et al.*, 2016).

Uma das estratégias da Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, voltada para a Educação Permanente das eSB da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi a oferta do curso Processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal – FormaSB<sup>3</sup>, com o objetivo de apoiar e qualificar em larga escala municípios de até 30 mil habitantes, que sabidamente é o grupo que apresenta os piores indicadores e as maiores fragilidades técnicas (Calvo *et al.*, 2016).

Para apoiar a operacionalização do FormaSB foi estruturado um componente de participação acadêmica no

---

<sup>3</sup> Operacionalizado por meio do Termo de Execução Descentralizada CGSB/MS (TED nº 184/2023), coordenado pela UFMG.

formato de monitoria voluntária que incluiu estudantes de graduação em odontologia e cirurgiões-dentistas pós-graduandos de programas de Saúde Coletiva, selecionados por meio de edital público de abrangência nacional.

A monitoria voluntária foi concebida como um projeto de extensão<sup>4</sup> universitária considerando as diretrizes que devem orientar a formulação e implementação das ações de extensão universitária, onde se inclui a “interação dialógica; interdisciplinaridade e interprofissionalidade; indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; impacto na formação do estudante; e impacto e transformação social” (FORPROEX, 2018, p. 29).

Portanto, a monitoria foi uma iniciativa integrada ao curso FormaSB, da qual cursistas, tutores e monitores se beneficiaram. Para as turmas, a inclusão de monitores nos processos de ensino-aprendizagem é especialmente significativa, pois estimula o engajamento dos cursistas e apoia a tutoria, abrangendo desde o esclarecimento de dúvidas até a realização de tarefas de apoio pedagógico nos momentos síncronos e assíncronos. A presença de um monitor pode representar, simultaneamente, um recurso valioso para as necessidades dos cursistas e do tutor, ao oferecer suporte na promoção de ambientes cooperativos e no acompanhamento e estímulo às atividades previstas no curso (Júnior *et al.*, 2014).

A presença de monitores/as também pode facilitar a socialização dos alunos, pois não assumem uma relação hierárquica, mas de horizontalidade com a turma. Tecnicamente

---

4 SigProj-UFF 401537.2258.124741.15022024

também promovem a adaptação dos estudantes às ferramentas inerentes ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), contribuindo para processos de ensino e aprendizagem mais interativos e participativos.

Estudos reportam também que a experiência de monitoria amplia as oportunidades de aprendizagem, envolvendo aspectos como aprendizado teórico, atuação interdisciplinar/interprofissional, habilidade para trabalhar em e com grupos, desenvolvimento das relações interpessoais e aumento da autonomia (Botelho *et al.*, 2019; Santos; Silva, 2015; Souza; Oliveira, 2023). Esses aspectos são em igual medida relevantes para o desenvolvimento pessoal e acadêmico do/a monitor/a, bem como contribui para o desenvolvimento de profissionais com perfil para atuar no SUS, em consonância com o proposto pelas DCN.

Dessa forma, o presente capítulo apresenta a experiência da monitoria voluntária no âmbito do curso FormaSB, e têm como objetivos: analisar as expectativas iniciais dos candidatos/as à monitoria; explorar, na perspectiva dos/das monitores/as, quais foram as contribuições da experiência e; identificar a percepção dos/das tutores/as e dos cursistas sobre a participação dos/das monitores/as no curso.

## CONTEXTO DO CURSO

O curso FormaSB teve abrangência nacional e foi ofertado na modalidade de Ensino à Distância (EaD), como forma de ampliar o acesso àqueles que comumente teriam dificuldades de

participar de iniciativas presenciais. Foram matriculados 3.265 cursistas, distribuídos em 162 turmas. O curso teve duração de três meses, com carga horária de 60 horas. Os encontros síncronos eram quinzenais com mediação de tutoria e monitoria e as atividades de dispersão organizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

A inscrição para o curso incluiu o coordenador de Saúde Bucal e pelo menos uma equipe completa de Saúde Bucal da ESF. Portanto, cada turma era composta no mínimo por dois municípios, diferentes categorias profissionais (Auxiliar em Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal e Cirurgião Dentista) e ocupações na rede SUS (trabalhadores da assistência e gestores). Essa proposta, ao colocar as eSB e gestores de diferentes municípios em diálogo, teve como objetivo discutir colaborativamente melhorias acerca dos processos de trabalhos, buscando mudança das práticas e qualificação do cuidado em Saúde Bucal na APS.

A escolha para guiar a construção e o desenvolvimento do curso foi uma concepção pedagógica ancorada nos princípios da pedagogia da problematização e da Educação Permanente em Saúde. O planejamento das atividades foi orientado pela perspectiva conceitual das metodologias participativas, centrado em um processo de avaliação formativa.

A oferta deste curso no formato a distância apoia-se na compreensão de Pimentel (2020, n.p.), para quem a educação online é parte do modo como estamos vivendo e se aplica a quem deseja criar ambientes nos quais predominem relações dialógicas, horizontais e colaborativas. Trata-se, portanto, de um “(ciber) espaço-tempo propício à aprendizagem em rede para conectar-

se, conversar, postar, curtir, comentar, compartilhar, colaborar, tornar-se autor, expor-se, negociar sentidos e co-criar [...]”.

Portanto, para que os cursos on-line se aproximem das características dos ambientes de aprendizagem presencial, é necessário criar uma atmosfera que permita que cada turma estabeleça sua própria identidade e permita que os alunos se sintam conectados e motivados por meio de atividades e temáticas envolventes. Consequentemente, é crucial estabelecer uma estrutura de comunicação regular. De acordo com Moreira, Henriques e Barros (2020), uma sala de aula virtual que carece de interação substantiva é desprovida de presença social e cognitiva, o que a torna ineficaz.

Nos primeiros tempos de execução do ensino à distância, a interação girava principalmente em torno do conteúdo do aluno e do envolvimento do aluno-professor. No entanto, na contemporaneidade, uma abordagem pedagógica bem projetada também deve priorizar a interação aluno-aluno. Nesse sentido, a incorporação de grupos de discussão em uma sala de aula virtual pode aumentar significativamente o engajamento, o aprendizado e a satisfação dos participantes (Moreira; Ferreira; Almeida, 2013).

## **A INCLUSÃO DA MONITORIA VOLUNTÁRIA**

O projeto de monitoria voluntária foi operacionalizado por meio de projeto de extensão<sup>5</sup> complementar, associado ao curso FormaSB. Teve início com a adesão de um grupo

---

5 SigProj-UFF 401537.2258.124741.15022024



de oito alunos voluntários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, que apoiou a redação do edital público de seleção e mapeou canais estratégicos de comunicação para sua divulgação, como instituições de ensino, redes sociais institucionais, disciplinas de Saúde Coletiva, diretórios acadêmicos de Odontologia e outras redes que pudessem contribuir para a divulgação do edital e para o processo de inscrição.

Foram criados e alimentados perfis do curso FormaSB nas plataformas digitais Instagram (@cursoformasb) e TikTok (@cursoformasb). Para cada nicho de divulgação, foram produzidos materiais em diferentes formatos, como cards e vídeos para o Instagram e o TikTok, mensagens e alertas sobre os prazos de inscrição para grupos de WhatsApp, além de uma comunicação mais formal via e-mail, destinada aos cursos de Odontologia e a grupos de professores de Saúde Coletiva.

A seleção dos monitores foi amplamente divulgada, com inscrições realizadas em plataforma própria do curso. Foram aceitas inscrições de estudantes de graduação, com matrícula ativa em curso de Odontologia reconhecido pelo Ministério da Educação, ou de cirurgiões-dentistas cursando pós-graduação, com matrícula ativa em cursos stricto ou lato sensu nas áreas de gestão pública, políticas públicas e de saúde, saúde pública, saúde coletiva, saúde da família, planejamento, avaliação ou gestão de serviços e sistemas de saúde, e ensino na área da saúde.

O processo de seleção para a monitoria voluntária do FormaSB foi estruturado para valorizar a trajetória acadêmica e o engajamento prévio dos estudantes com temas da Saúde Coletiva.

Entre os critérios classificatórios, destacaram-se o número de semestres cursados, a realização de disciplinas ou estágios voltados ao SUS e a participação em monitorias, projetos de extensão ou iniciação científica, especialmente em Saúde Coletiva. Também foram consideradas experiências com a plataforma Moodle e a elaboração de uma carta de intenção, na qual os candidatos deveriam apresentar suas motivações, expectativas e contribuições potenciais ao projeto. Essa seleção buscou reconhecer o comprometimento com a formação crítica e ampliada em saúde, valorizando vivências que dialogam com os princípios do SUS.

Já para monitores/as voluntários/as de pós-graduação, a seleção considerou a vinculação acadêmica ativa em cursos de especialização, residência, mestrado ou doutorado, especialmente nas áreas relacionadas à Saúde Coletiva e à Atenção Primária. Foi priorizada a experiência prática no SUS e a atuação prévia em monitorias de graduação em Saúde Coletiva. Habilidades com o uso da plataforma Moodle também foram valorizadas, refletindo o perfil tecnológico do curso. Além disso, os candidatos apresentaram uma carta de intenção com até uma página, na qual expuseram suas motivações para atuar como monitores/as, expectativas com a atividade e possíveis contribuições ao projeto. A seleção evidenciou o compromisso com a formação docente e a integração ensino-serviço, pilares fundamentais para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde.

Cada monitor/a atuou no apoio direto de um/a tutor/a, com atividades de monitoria em duas turmas do curso FormaSB, comprometendo-se com quatro horas semanais síncronas.

As atribuições dos/das monitores/as voluntários incluíram: 1) participação obrigatória na oficina preparatória para o desenvolvimento das atividades do curso; 2) acompanhamento e apoio às atividades síncronas (semanais e encontros temáticos com convidados) e assíncronas dos cursistas, e; 3) apoio aos cursistas no acesso e uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem no Moodle; 4) apoio ao tutor/a no planejamento e desenvolvimento das atividades síncronas e assíncronas; 5) participação no processo de avaliação e registro de atividades realizadas.

A formação foi realizada em cinco encontros síncronos (16h), conduzidos por uma dupla de coordenadoras pedagógicas do curso, e incluiu a apresentação do curso, do ambiente virtual, da rede de webconferência RNP e; a participação conjunta com os tutores em uma conferência que tratou da Mediação de Encontros Síncronos: Promovendo a participação de todos<sup>6</sup>. O acompanhamento direto dos monitores/as esteve sob responsabilidade dos/das tutores/as.

## **PROPOSTA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A investigação da experiência da monitoria voluntária integra o projeto de pesquisa intitulado Análise dos efeitos de uma ação educativa para equipes e gestores de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde no Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o CAAE n. 78949724.2.0000.5149.

---

<sup>6</sup> Prof. Dr. Mariano Pimentel – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

Para responder às questões do estudo, foram analisados diferentes bancos de dados, incluindo as informações coletadas no processo de seleção dos candidatos, bem como a transcrição do grupo focal final realizado com os monitores e as transcrições dos grupos focais intermediários e final com os tutores, buscando identificar referências ao trabalho com a monitoria (Quadro 1).

As cartas de intenção dos candidatos foram reunidas em um único arquivo, e as respostas às questões dos formulários on-line foram extraídas e agregadas em arquivos por questão. Os áudios dos grupos focais, com monitores e tutores, foram transcritos. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por meio de codificação, sendo M1, M2 para os monitores e T1, T2 para os tutores, acrescidos da letra \_I quando o grupo focal foi intermediário e \_F quando final.

São questões que orientaram a construção deste capítulo:

- a. Quais eram as expectativas iniciais dos/das monitores/as?
- b. As expectativas iniciais dos/das monitores/as se concretizaram?
- c. Que contribuições a monitoria voluntária trouxe para o processo de desenvolvimento pessoal e/ou profissional dos monitores/as?
- d. Qual a percepção dos/das tutores/as e dos cursistas sobre a iniciativa da monitoria voluntária?

**Quadro 1.** Fonte dos dados, objeto de investigação e método de análise. Monitoria voluntária, curso FormaSB. Brasil, 2024.

Fonte	Objeto	Método
1. Cartas de intenção dos/das candidatos/as homologados.	Motivações e expectativas iniciais dos/das monitores/as ativos.	Análise temática – questões abertas e transcrições
2. Respostas do formulário de avaliação intermediária, questão aberta: aspectos positivos da sua experiência. 3. Transcrição do grupo focal final, questão: o curso FormaSB contribuiu de alguma forma para a sua formação? Explique. 4. Respostas do formulário de avaliação final, questão aberta: destaque dois aprendizados principais, da experiência da monitoria, para a sua formação acadêmica/profissional.	Avaliação da experiência pelos monitores/as ativos.	
4.1. Respostas do formulário de avaliação final, questões fechadas.		
5. Respostas do formulário intermediário de avaliação pelos/as tutores/as	Percepção de tutores/as sobre a participação de monitores/as nas turmas.	Análise temática – questões abertas e transcrições.
6. Transcrições dos grupos focais (avaliação intermediária e final) com os/as tutores/as		

Fonte: Autoria própria.

## A ANÁLISE TEMÁTICA (AT)

A AT é um método de análise de dados qualitativos que tem como foco a identificação de temas e padrões em um conjunto de dados. As orientações metodológicas sobre como conduzir a AT não é homogênea, havendo variações entre diferentes autores.

Aqui foi adotada a proposta de Virginia Braun e Victoria Clarke, tendo como referência Souza (2019) que detalhou o método com contribuições das autoras.

A abordagem, por não partir de uma grade fechada de categorias ou temas, pode ser caracterizada como indutiva e do tipo *Reflexive*, ou seja, “seu ponto principal não é alcançar a acurácia, mas a imersão e profundo engajamento com os dados” (Souza, 2019, p. 53).

As seis fases para a condução da AT, incluem: “familiarização com os dados; gerando códigos iniciais; buscando temas; revisando temas; definindo e nomeando temas; produzindo o relatório” (Souza, 2019, p. 56). Entretanto, é importante observar que as fases não são lineares, pois movimentos de vaivém fazem parte da dinâmica da tarefa de exploração e revisão dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos participantes da monitoria voluntária

Se inscreveram 101 estudantes, 92 foram homologados e, ao final, 72 permaneceram e foram certificados. O motivo principal das desistências foi a indisponibilidade de carga horária nas sextas-feiras, dia regular das atividades síncronas do curso.

No grupo dos/das monitores/as certificados, as regiões com maior participação foram Nordeste (n=34) e Sudeste (n=27) e os estados com maior representatividade foram Bahia (n=23) e Rio de Janeiro (n=22).

A maioria dos selecionados era do sexo feminino (71%); tinham idades entre 18 e 24 anos (49%) e entre 25 e 34 anos (47%); se autoidentificaram como negros ou pardos (48,61%); cursavam graduação (83,3%) e; estavam vinculados a instituições públicas de ensino superior (53%).

Ainda que o edital pontuasse favoravelmente aqueles com maior percentual de integralização curricular, que tivessem cursado disciplinas de Saúde Coletiva e comprovassem participação em projetos nesse campo, como extensão, iniciação científica e monitoria, o perfil do grupo que aderiu à monitoria foi majoritariamente composto por alunos, excetuando-se os de pós-graduação, em fase inicial do curso. Dos 60 graduandos, 55% (n=33) não haviam integralizado o 5º período do curso e 45% (n=27) não tinham cursado disciplinas no campo da Saúde Coletiva, características relevantes para as análises que se seguirão.

## **MOTIVAÇÕES E EXPECTATIVAS INICIAIS DOS/DAS MONITORES/AS**

A análise das cartas de intenção dos candidatos homologados identificou dois códigos iniciais: um relacionado às motivações associadas à adesão ao projeto e outro referente às expectativas em relação à atividade.

O primeiro reúne dois temas complementares (Figura 1): um relacionado a experiências prévias que atribuíram sentido ao campo da Saúde Coletiva, como disciplinas, projetos e uso do SUS, e outro associado à projeção de um horizonte profissional,

envolvendo a intenção de seguir estudos e ou atuar na assistência ou na docência em Saúde Coletiva.

**Figura 1.** Mapa temático das motivações iniciais dos/das monitores/as do curso FormaSB. Projeto de Monitoria Voluntária, 2024.



Fonte: Elaboração própria.

Ter experiências positivas anteriores parece ser uma variável importante no engajamento dos estudantes. As cartas incluem palavras como afinidade, entusiasmo e paixão, que reforçam e traduzem em emoções os motivos da aproximação da Saúde Coletiva e da adesão ao projeto. Nesse aspecto, ser usuário do SUS, reconhecer seu valor e/ou ter experiências significativas (disciplinares ou em projetos) no campo da Saúde Coletiva, bem como trabalhar na rede de serviços públicos de saúde ou seguir formação na área, foram elencados como importantes elementos motivadores.

De acordo com a literatura, a realização de serviços voluntários, a experiência prévia como monitor em outras



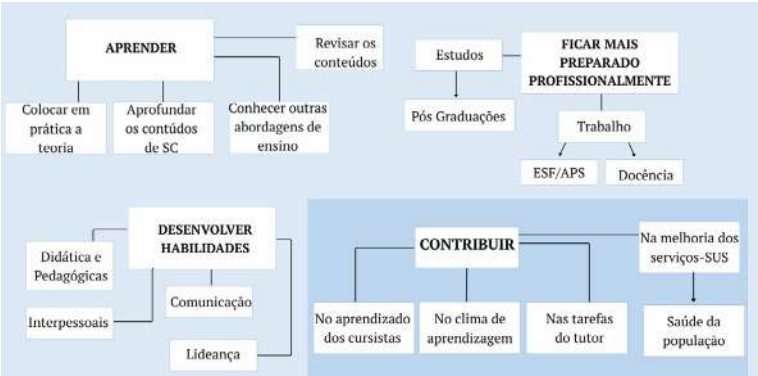
iniciativas, a ausência de interesses financeiros na escolha da carreira e o sexo feminino estão associados a maior tendência de participação em projetos de extensão que envolvem a comunidade (Vogelgesang; Astin, 2020). Nesse grupo, essa associação aparece de forma secundária, pois apenas 28% (n = 20) relataram experiências em outros projetos de extensão e, destes, nove também haviam sido monitores de disciplinas de Saúde Coletiva. A participação feminina foi bastante expressiva, 71%, mas está de acordo com o percentual de matrículas nos cursos de graduação em Odontologia e, portanto, dentro do esperado.

As expectativas foram analisadas em quatro núcleos temáticos, três associados diretamente a aquisição de valores individuais (aprender, desenvolver habilidades e ficar mais preparado) e um relacionado ao projeto (contribuir para o FormaSB).

As expectativas de aprendizagem relatadas pelos monitores envolveram revisar conteúdos já trabalhados na graduação, aprofundar temas de Saúde Coletiva, colocar a teoria em prática e trocar informações e conteúdos com cursistas e tutores. No que se refere à aquisição de habilidades, foram mencionadas o desenvolvimento da liderança, a melhoria da comunicação e das relações interpessoais, bem como a ampliação das habilidades didáticas e pedagógicas. A ideia de “ficar mais preparado” resulta, em parte, dessas expectativas de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, mas sobretudo da possibilidade de fortalecer o currículo e de se preparar para o mundo do trabalho, especialmente na Atenção Primária à Saúde, e ou para um percurso acadêmico, como cursos de pós-graduação.

Poder contribuir para o aprendizado dos cursistas, apoiar as atividades da tutoria e colaborar para o estabelecimento de um clima fluido e prazeroso de aprendizagem foram as expectativas diretamente relacionadas ao desenvolvimento do curso.

**Figura 2.** Mapa temático das expectativas iniciais dos/das monitores/as que participaram do curso FormaSB. Projeto de Monitoria Voluntária, 2024



Fonte: Elaboração própria.

## **AVALIAÇÃO DOS/DAS MONITORES/AS SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO FORMASB**

Essa seção analisou de forma complementar três instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados durante o curso (Quadro 1), com o objetivo de mapear e discutir, na perspectiva dos/das monitores/as, quais foram as contribuições e/ou aprendizagens adquiridos com a experiência do FormaSB, buscando correlacionar com as expectativas iniciais ou identificar outros ganhos relatados.

Nas questões fechadas do formulário final de avaliação (n=65), ao somar os percentuais das opções “concordo totalmente” e “concordo”, verificou-se que 90,8% afirmaram que a participação como monitor atendeu às expectativas iniciais, 95,4% relataram que a experiência agregou conteúdos e 96,9% indicaram que proporcionou novas perspectivas para a formação como profissional de saúde.

Na análise de conteúdo, foram identificados cinco núcleos temáticos que agregam as avaliações da experiência relatada pelos monitores. Três deles já apareciam no horizonte das expectativas iniciais, desenvolvimento de habilidades, desenvolvimento acadêmico ou profissional e aquisição de conteúdos, enquanto dois trouxeram novos elementos para o exame da iniciativa, o contato com diferentes realidades e as experiências interpessoais.

Na temática do contato com diferentes realidades, evidenciou-se principalmente a oportunidade de conhecer distintos arranjos de funcionamento da saúde bucal no Sistema Único de Saúde, bem como de refletir e aprender, junto aos cursistas e tutores, soluções para problemas apresentados nos diversos contextos municipais. Essa temática foi marcante nos registros dos monitores, pois a metodologia do curso, ao promover que cada município selecionasse pelo menos um problema, definisse estratégias de enfrentamento e discutisse a viabilidade política das proposições, possibilitou que, em cada turma, múltiplos projetos fossem debatidos. Como, na maioria dos casos, cada monitor esteve vinculado a duas turmas, a diversidade de realidades analisadas mostrou-se especialmente rica.

A expectativa inicial relacionada à contribuição para o aprendizado dos cursistas e à colaboração para o estabelecimento de um clima fluido e prazeroso de aprendizagem materializou-se em narrativas positivas sobre o trabalho desenvolvido com os tutores e sobre as trocas e os *feedbacks* dos cursistas, envolvendo relatos de criação de vínculos afetivos entre os sujeitos envolvidos. A participação ativa nas aulas e o trabalho colaborativo com os tutores foram reconhecidos, e a integração e o compartilhamento de experiências com profissionais de diferentes municípios foram percebidos como enriquecedores, indicando a valorização do vetor das trocas, e não apenas da transmissão de conteúdos.

**Figura 3.** Mapa temático da avaliação das aprendizagens, reportadas pelos/as monitores/as, sobre a experiência no curso FormaSB. Projeto de Monitoria Voluntária, 2024



Fonte: Elaboração própria.

Estudos têm indicado que a participação em projetos de extensão e ou monitoria durante a graduação, fundamentados em metodologias participativas, estimula o desenvolvimento de

habilidades complementares àquelas construídas no ambiente de sala de aula, como o trabalho em equipe, as habilidades relacionais, incluindo escuta, comunicação e liderança, bem como a capacidade de análise e resolução de problemas com maior autonomia. Além disso, esses projetos constituem espaços privilegiados para a vivência de valores como respeito à diversidade, alteridade, empatia, autoestima e solidariedade (Coelho, 2014; Frison, 2016; Núñez *et al.*, 2021; Souza; Campos, 2019).

De acordo com a sistematização proposta por Coelho (2014), a avaliação de atividades extensionistas como ferramenta para a aprendizagem universitária inclui, de forma sintética, as seguintes categorias: profissional, associada a conhecimentos, atitudes e comportamentos adequados à profissão; afetivo comportamentais, que envolvem a capacidade de formar e manter relações interpessoais e o desenvolvimento de valores como autoconfiança, autoestima e confiança na escolha profissional; cívicas e políticas, relacionadas à capacidade de compreender, participar e interferir em questões da esfera política e social; e cognitivas, que dizem respeito à capacidade de aprender a aprender e de articular diferentes dimensões do conhecimento.

Analisando o mapa temático das avaliações realizadas pelos monitores e monitoras, observa-se a ocorrência de ganhos em todas as categorias da matriz de Coelho (2014). Esses resultados sugerem que a atuação como monitor ou monitora no curso FormaSB agregou aprendizagens significativas para o desenvolvimento pessoal e acadêmico profissional dos participantes.

## A MONITORIA VOLUNTÁRIA DESDE O OLHAR DA TUTORIA

As transcrições dos grupos focais mostraram que mesmo sem ter uma questão específica sobre a monitoria, em todos eles houve referência à presença e a relação dos/das monitores/as com a proposta didática do FormaSB. No total foram analisados os conteúdos de 12 grupos, sendo 06 de avaliação intermediária e 06 de avaliação final. Os/As 81 tutores/as foram divididos nominalmente em grupos com uma média de 13 participantes, de acordo com a ordem alfabética, e participaram de grupos focais *on-line* simultâneos, coordenados por um membro da equipe de supervisão pedagógica do curso.

Na análise do conjunto do material, foram identificados dois núcleos temáticos que agregam o conteúdo referente à participação na monitoria voluntária: o desempenho dos monitores e monitoras e as propostas para uma seleção futura.

Na primeira temática, os/as tutores/as examinaram o papel dos/das monitores/as no curso, destacando tanto aspectos positivos quanto desafios. Muitos tutores/as elogiaram a contribuição dos/das monitores/as, especialmente na organização e no apoio durante as aulas, com alguns monitores/as sendo descritos como muito participativos e, por isso, importantes no desenvolvimento das atividades da tutoria, resultados alinhados com o estudo de Andrade *et al.* (2018).

**Quadro 1. Avaliações positivas da participação do/as monitores/as voluntários no curso FormaSB. Relatos dos tutores/as do curso FormaSB, 2024**

[...] eu tenho uma turma com monitor, na outra eu não tenho; então em uma eu saio rouca; a outra eu saio leve, então é bem diferente, então isso aí para mim é fundamental (T4_I)
[...] eu queria trazer aqui também a importância da monitoria. Foi essencial para que, pelo menos nas minhas turmas, que eu conseguisse seguir a metodologia proposta de divisão de turmas, e a monitoria foi muito bacana em todo o processo. (T10_F)
[...] também conto com uma parceria muito boa da minha monitora, eu acho que foi uma grande contribuição, porque ela é [...] muito, assim, organizada, então, assim, enquanto eu estou fazendo uma coisa, ela está fazendo a síntese das narrativas, [...] está observando quem é que está participando, [...]. (T3_I)
[...] no momento que a gente se divide em duas salas, eu fiquei inicialmente sem (monitor/a), então, nossa, é uma mão na roda, assim, facilita bastante você ter alguém conduzindo, mediando a outra sala na hora da divisão dos grupos [...]. 9 (T23_I)
[...] a minha monitora é bem participativa, ela faz residência multiprofissional e, como eu também já fiz residência multiprofissional, então a gente vai sempre linkando as nossas experiências. (T6_I)
Eu tive um monitor que foi muito ativo, fazia considerações maravilhosas, né. O [nome], muito bom, ele é residente, maravilhoso. (T29_F)
[...] então ela [a monitora] está sempre presente, ela mobiliza, a questão de estar mobilizando eles, tanto no AVA, para que possam acessar, fazer as leituras, assistir os vídeos [...]. (T10_I)
[...] eu tinha um monitor, o [nome], [...] ele contribuiu muito também na discussão, porque ele é acadêmico, né? Ele tá no fervor ainda, né, da graduação (T7_F)

Fonte: Elaboração própria.

Mas, também houve a sinalização de que outros monitores/as, por falta de experiência ou conhecimento teórico, apresentaram desempenho mais tímido ou contribuições pouco efetivas. A adesão de graduandos em início de curso pode estar associada à fragilidade na atuação, pois monitores/as mais experientes, seja por ter mais conhecimentos, seja por

reunir mais experiências, certamente responderiam melhor à proposta didática dos encontros síncronos, que incluíam discussões em pequenos grupos e ativações pontuais para a execução de tarefas específicas.

De outro modo, como já assinalado por Coelho (2014), é importante situar que a maioria das salas de aula das graduações, pelo alinhamento aos princípios da educação tradicional, não é espaço privilegiado para o desenvolvimento de habilidades relacionais e nem de promoção de confiança e autonomia nos alunos.

Nesse sentido, a monitoria deve ser entendida não só como um apoio à tutoria ou às turmas, mas também como um espaço de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional do acadêmico. Espaço esse reconhecido pelos/as monitores/as, na expressiva concordância sobre a aprendizagem resultante da experiência e, por alguns/mas tutores/as que ao perceberem as fragilidades, fizeram delas objeto de reflexão e integração com todo o processo de ensino em curso.

**Quadro 2.** Desafios da participação dos/das monitores/as voluntários/as no curso FormaSB. Relatos dos tutores/as do curso FormaSB, 2024

[...] eu tenho monitores de graduação, né? [...] sabendo que na graduação muitos dos assuntos não são abordados, eles têm um pouco de dificuldade, mas eu acho que também acaba sendo um processo pedagógico para os monitores, né? Então, eu acho que o monitor é um facilitador e um dificultador, depende do ponto de vista.” (T7\_I)

[...] o monitor que chegou também foi muito de primeiro semestre, da graduação, então, acabou que isso também atrapalhou um pouco para desenvolver algumas estratégias no curso, mas eu preferi olhar pelo lado melhor, porque acho que agregou, pelo menos em alguns pontos. (T15\_I)



[...] a monitora, ela foi muito, assim, aberta para, mas não tinha o conteúdo, o embasamento teórico para contribuir com as discussões, então, infelizmente, eu acho assim, serviu para que ela pudesse também ali ver como é que se faz uma construção de um grupo [...]. (T31\_F)

Talvez pelos monitores estarem ainda na formação, em graduação, e não ter uma experiência da prática do trabalho, na vida real, né? Tem a prática simulada, sim. [...] Porque era uma fala muito distanciada das realidades, né? [...] Então houve, digamos assim, um choque. Mas foi interessante para refletir um pouco sobre isso, até com a monitora também. Acho que teve um papel importante pedagógico para mim, para a monitora, para a turma também. A gente refletiu sobre isso. (T46\_F)

Fonte: Elaboração própria.

Para futuras seleções de monitores/as, os/as tutores/as indicaram: considerar a possibilidade de oferecer uma ajuda de custo aos selecionados, na intenção de que mais candidatos se interessem pela iniciativa; selecionar graduandos que, no mínimo, tenham cursado disciplinas do campo de Saúde Coletiva; dedicar mais tempo de preparação dos alunos e; criar maior estímulo para a adesão de monitores/as vinculados/as a cursos de pós-graduação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da experiência da monitoria voluntária no curso FormaSB evidencia seu duplo papel formativo, atuando tanto como estratégia de apoio pedagógico à tutoria quanto como espaço de aprendizagem significativo para os estudantes. Embora a maioria dos monitores e monitoras estivesse vinculada aos períodos iniciais da graduação, o que se refletiu em menor domínio

teórico e experiência prática, a elevada motivação e o engajamento mostraram-se centrais para o êxito da iniciativa, corroborando a literatura que aponta o voluntariado acadêmico como um importante dispositivo de desenvolvimento pessoal e profissional.

As expectativas iniciais, centradas na aquisição de conhecimentos, no desenvolvimento de habilidades comunicacionais e didáticas e na preparação para trajetórias acadêmicas e profissionais, foram amplamente atendidas. Ademais, emergiram dimensões não previstas, como a valorização das trocas intersubjetivas e o contato com diferentes arranjos organizativos do SUS, aspectos que reforçam a potência da monitoria como prática extensionista articulada à formação em saúde.

Nesse sentido, a experiência analisada sugere que a monitoria voluntária pode ser entendida como um dispositivo pedagógico relevante para a consolidação de competências técnicas, relacionais e cidadãs, alinhadas às diretrizes da formação em saúde orientada pelo SUS. Recomenda-se, para edições futuras, maior tempo de preparação prévia, critérios de seleção que valorizem experiências em Saúde Coletiva e a consideração de incentivos institucionais. Tais medidas podem potencializar o impacto da iniciativa, consolidando-a como estratégia inovadora de ensino-aprendizagem e fortalecimento da educação superior em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. G. R. de *et al.* Contribution of academic tutoring for the teaching-learning process in Nursing undergraduate studies. **Revista Brasileira**

**de Enfermagem**, v. 71, p. 1596-1603, 2018.

BOTELHO, L. V. *et al.* Academic ship and professional training in health: an integrative review. **ABCS Health Sci.**, 2019. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcs/article/view/1140>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e das outras providências*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023**. Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm). Acesso em: 4 fev. 2025.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

COELHO, G. C. O papel pedagógico da extensão universitária. **Revista Em Extensão**, Uberlândia, v. 13, n. 2, p. 11-24, 2015.

CORREIA, H. *et al.* As reformas da atenção primária à saúde e as fragilidades da saúde bucal coletiva no enfrentamento da covid-19. In: NETTO, O. B. S. *et al.* (orgs.). **Diálogos Bucalheiros: reflexões em tempos pandêmicos**. São Paulo: Pimenta Cultura, 2021. p. 112-146.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRAS. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus, maio 2012. 68 p. Disponível em: <https://proex.ufsc.br/files/2016/04/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Extens%C3%A3o-Universit%C3%A1ria-e-book.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

FRISON, L. M. B. Monitoria: uma modalidade de ensino que potencializa a aprendizagem colaborativa e autorregulada. **Pro-Posições**, v. 27, n. 1, p. 133-153, jan. 2016.

JÚNIOR, J. G. de A. S. *et al.* Monitoria acadêmica EAD: uma nova ferramenta. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, [s. l.], v. 2, n. 4, 2014.

MOREIRA, J. A.; FERREIRA, A. G.; ALMEIDA, A. C. Comparing communities of inquiry in higher education students: one for all or one for each? **Open Praxis**, v. 5, n. 2, p. 165-178, 2013.

MOREIRA, J. A. M.; HENRIQUES, S.; BARROS, D. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de

pandemia. **Dialogia**, n. 34, p. 351-364, 2020.

NÚÑEZ, C. V. *et al.* Contribuciones de las actividades de extensión académica en la formación de terapeutas ocupacionales, desde la perspectiva de los estudiantes. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2802, 2021.

OLIVEIRA, M. P. R. de *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 547-559, dez. 2016.

PALMEIRA, N. C. *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: pesquisa nacional de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022966, 2022.

PIMENTEL, M.; CARVALHO, F. S. P. Princípios da Educação Online: para sua aula não ficar massiva nem maçante! **SBC Horizontes**, maio 2020.

SANTOS, G. M.; BATISTA, S. H. S. S. Monitoria acadêmica na formação em/para a saúde: desafios e possibilidades no âmbito de um currículo interprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 203-207, 2015.

SOUZA, A. S.; CAMPOS, L. B. P. Habilidades transversais de engenheiros em formação: o papel de projetos de extensão. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. 684-712, 2019.

SOUZA, J. P. N.; OLIVEIRA, S. Monitoria acadêmica: uma formação docente para discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 4, p. e127, 2023.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

VOGELGESANG, L. J.; ASTIN, A. W. Comparing the Effects of Community Service and Service-Learning. **Michigan Journal of Community Service Learning**, v. 7, p. 25-34, 2000.

## CAPÍTULO 7

# COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA DO CURSO FORMASB: PRÁTICAS E REFLEXÕES

Andréa Clemente Palmier

Elisete Casotti

Joana Danielle Brandão Carneiro

## INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) resultou em expressiva expansão da cobertura das ações de saúde bucal, com 33.903 equipes implantadas<sup>7</sup>. Entretanto, esse crescimento não tem sido acompanhado, na mesma proporção, por iniciativas de formação profissional capazes de fortalecer o modelo da ESF e responder às diversidades socio sanitárias do território nacional.

O formato *on-line* de cursos de formação direcionados a trabalhadores e trabalhadoras da saúde representa uma

---

<sup>7</sup> Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-e-acoess#cat-11>. Acesso em: 9 set 2025.

oportunidade de inclusão de grupos situados fora do eixo dos grandes centros urbanos do país. Ainda assim, persistem desafios complexos e multifacetados, como as disparidades no acesso à internet (Gozzi; Comini; Perra, 2024), a insuficiência de equipamentos adequados nas unidades de saúde (Franco, 2023; Bender *et al.*, 2024), os distintos níveis de alfabetização digital (Agência Nacional de Telecomunicações [ANATEL], 2024), a disponibilidade e o engajamento dos gestores na liberação dos trabalhadores para participação nas atividades formativas, bem como o interesse individual dos profissionais em incorporar ao seu cotidiano uma iniciativa que, embora educativa, implica novas demandas sobre uma rotina já carregada.

O curso FormaSB, Formação em Saúde Bucal: Processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal, desenvolvido entre agosto e novembro de 2024, considerou essa realidade ao propor uma iniciativa formativa de curta duração, mediada por tutores e tutoras, com ênfase no fortalecimento grupal e na produção de diálogos síncronos orientados pelas experiências locais, conforme os princípios da Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004).

Em cursos de larga escala, com metodologias ativas e que envolvem numerosos tutores e interações mediadas por plataformas digitais, a coordenação pedagógica assume um papel estratégico de suporte, mediação e acompanhamento da tutoria. O(A) coordenador(a) pedagógico(a) (CP) conduz e observa o processo, favorecendo que a proposta pedagógica

seja efetivamente colocada em ação. No FormaSB, inspirada em Galán (2017), a coordenação pedagógica foi concebida como um processo dinâmico e interativo de colaboração para a aprendizagem, voltado a promover, em um ambiente acolhedor e cuidadoso, o compartilhamento dos desafios e das potencialidades da proposta formativa, assim como das dúvidas e inseguranças do grupo de tutoria ao longo do percurso.

A equipe de coordenação pedagógica do FormaSB foi composta por profissionais com pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, experiência na Saúde Coletiva e na docência em diferentes contextos. O trabalho de apoio pedagógico foi realizado por meio de encontros com intervalos semanais ou quinzenais, que se constituíram em espaços sistemáticos de reflexão. Esse processo teve como objetivos apoiar, assessorar e vincular os(as) tutores(as) em uma rede de aprendizagem baseada na ajuda mútua, visando o desenvolvimento de competências pessoais e coletivas para que o alcance dos objetivos de aprendizagem fosse garantido. A relação dialógica estabelecida entre os CP e os(as) tutores(as) foi fundamental para a qualidade do processo formativo.

Este capítulo, portanto, busca explorar e analisar o papel dos coordenadores e coordenadoras pedagógicos, CP, na relação com o processo de tutoria, destacando as seguintes questões: como esses profissionais descrevem o lugar da coordenação pedagógica; como avaliam sua atuação no FormaSB; e quais elementos ou ferramentas sustentaram as práticas de coordenação pedagógica.

## CONTEXTO DO CURSO FORMASB

A concepção e a operacionalização do FormaSB envolveram uma coordenação nacional, composta por uma coordenadora geral e duas coordenadoras adjuntas e sete coordenadores pedagógicos (CP).

Juntamente com a coordenação nacional, os CP participaram ativamente de todas as etapas do processo de criação e implantação do curso, que incluiu, entre outras atividades: a elaboração da trilha formativa, a produção e/ou prospecção dos materiais didáticos, o apoio à divulgação do curso, a mobilização das coordenações estaduais de saúde bucal nas etapas de inscrição dos municípios e da matrícula dos alunos, a homologação dos inscritos, a seleção dos tutores; e o acompanhamento do desenvolvimento do curso junto a um grupo tutores(as) regionalizados(as).

Esse engajamento diferenciou o grupo de uma coordenação pedagógica de caráter mais restrito ou tradicionalmente associada, no contexto escolar, ao papel de formação docente e à criação de espaços e condições para promover a aprendizagem (Coutinho; Carvalho, 2021). O trabalho coletivo e compartilhado em todas as etapas do curso expressou um compromisso político e ético com o processo formativo, orientado pela corresponsabilidade coletiva. Essa dinâmica colaborativa permitiu ao grupo escapar das consequências frequentemente observadas no modelo de polidocência em cursos a distância, que, ao fragmentar as tarefas, tende a desarticular o trabalho pedagógico e a enfraquecer os



vínculos entre os participantes (Veloso; Mils, 2018). Ao contrário, a participação integrada em todas as fases de planejamento, acompanhamento e avaliação configurou-se como um processo formador em si mesmo, qualificando o fazer pedagógico e fortalecendo a própria coordenação desenvolvida.

O curso foi ofertado na modalidade a distância, com mediação de tutoria e carga horária de 60 horas. Contou com atividades de concentração, compostas por seis encontros síncronos entre tutor(a) e turma, além de cinco encontros virtuais temáticos (SIG temáticos) destinados a todos os cursistas. As atividades de dispersão ocorreram no contexto dos serviços de saúde e envolveram a elaboração de um produto final, que consistiu no diagnóstico de problemas e na proposição de estratégias de qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal dos municípios participantes.

O FormaSB recebeu a inscrição de 1.060 municípios, totalizando 3.194 cursistas matriculados, entre cirurgião-dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB) e técnico em saúde bucal (TSB) das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, além de coordenadores municipais de saúde bucal. Foram formadas 162 turmas, com cerca de 25 participantes cada. Ao todo, 81 tutores atuaram no curso, cada um responsável por duas turmas. Cada coordenador pedagógico acompanhou, em média, 12 tutores.

## **COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA**

Na literatura, a coordenação pedagógica é citada com diferentes nomenclaturas, características e definições, mas,

historicamente, esteve associada às iniciativas de supervisão escolar implantadas no Brasil desde o início do século XX (Macedo, 2016). O espaço da supervisão pedagógica, em suas diferentes vertentes, consolidou-se como um lugar marcado pela fiscalização, padronização de rotinas e controle (Cardoso, 2006).

Entretanto, propostas menos hierárquicas e mais colaborativas foram se conformando na direção de uma identidade de coordenação, e não mais de supervisão, que reconhece a complexidade desse fazer e redefine sua atuação. Essa transformação dá origem a um trabalho mais horizontal, voltado ao apoio e à articulação dos docentes em torno de projetos político pedagógicos de ensino.

No exercício de coordenar, tal como compreendido no FormaSB, destacam-se ações como mobilizar saberes curriculares, saberes práticos e relacionais; criar ambientes que promovam a colaboração e a inovação e, sobretudo, constituir espaços de escuta e respeito para com aqueles que atuam (Tardif, 2002).

Para Placco, Souza (2006, p. 46), o papel da coordenação pedagógica assemelha-se ao de um maestro de orquestra: “[...] de sua batuta sai o movimento e a energia para a coordenação do grupo e a expressão singular de cada músico, mas a obra sinfônica só ganha existência na manifestação do conjunto”.

## **NOTAS METODOLÓGICAS**

Este capítulo tem caráter reflexivo, baseado na análise das percepções do grupo de profissionais que exerceu a

coordenação pedagógica no âmbito do curso FormaSB. O material analisado incluiu a transcrição dos áudios de dois grupos focais, um intermediário, realizado *on-line*, e outro final, presencial, promovidos pela coordenação geral com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do curso. O grupo focal intermediário explorou três provocações sobre o exercício da coordenação pedagógica: a) completar, em poucas palavras, a seguinte frase: “Ser Coordenador(a) Pedagógico(a) do FormaSB é: ...”; b) quais são os principais facilitadores para o exercício da coordenação pedagógica; e c) quais são as principais barreiras para o exercício da coordenação pedagógica e as estratégias utilizadas para superá-las. O grupo focal final concentrou-se em uma única pergunta disparadora: qual a sua avaliação do percurso do FormaSB.

Os áudios foram transcritos com o auxílio do *software TurboScribe*, revisados e, para fins de anonimização, os participantes foram identificados por meio de uma codificação (CP1, CP2...). O material foi analisado de acordo com as perguntas norteadoras deste capítulo, apresentadas no formato de seções temáticas.

Dois aspectos instigaram e compõem o cenário desta análise: o primeiro relacionado com o modelo de atuação da coordenação pedagógica (Fig. 1) e; o segundo relacionado à coesão e a qualidade da performance dos tutores na mediação com as turmas, que contribuiu para o alto percentual de integralização dos cursistas, elementos que podem estar associados às características do trabalho desenvolvido pela coordenação pedagógica.

**Figura 1.** Campo de reflexão sobre a atuação da coordenação pedagógica. Curso FormaSB, 2024



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Este capítulo integra os resultados do projeto de pesquisa Análise dos efeitos de uma ação educativa para equipes e gestores de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde no Brasil, registrado sob o CAAE 78949724.2.0000.5149 e aprovado pelo Parecer n. 6.854.546, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **PERFIL DOS COORDENADORES PEDAGÓGICOS**

Participaram como CP sete profissionais graduados em Odontologia, com média de idade de 57,7 anos (36-72 anos) e tempo médio de conclusão do curso de graduação de 30 anos (14-49 anos). Todos possuem mestrado e formação lato sensu

na área de Saúde Coletiva; cinco têm doutorado concluído e um possui doutorado em andamento.

Todos apresentavam trajetória docente em diferentes níveis de formação, incluindo cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal, graduação e pós-graduação *stricto e lato sensu*, além de experiência prévia em funções de coordenação pedagógica. A maioria relatou vivência anterior na docência em Educação a Distância (EaD) e ou na gestão de serviços de saúde, com atuação em distintas esferas de governo (n=5). Dois participantes haviam trabalhado diretamente como cirurgiões-dentistas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Os participantes apresentaram também outras formas de aproximação com o SUS, seja por meio de ações de integração ensino-serviço, de atividades de tutoria em cursos voltados a profissionais da rede, ou da supervisão de estágios curriculares realizados nos serviços de saúde. Em síntese, os coordenadores pedagógicos eram profissionais com experiência consolidada e uma clara compreensão do propósito de uma formação baseada nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS).

## **OS MÚLTIPLOS LUGARES DA COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA NO FORMASB**

Diferentemente da visão clássica da administração, orientada por princípios que valorizam a divisão do trabalho e a especialização de tarefas, com a definição rígida de “um lugar

para cada pessoa e cada pessoa em seu lugar”, a coordenação pedagógica do FormaSB atuou integradamente em todas as etapas de estruturação do curso.

Os depoimentos dos CP destacaram que a relação com a coordenação nacional foi marcada pela colaboração, leveza, afeto e confiança, o que se tornou fonte de motivação para o grupo e proporcionou tranquilidade para lidar com os desafios que surgiram. Ressaltaram que ter participado de todas as etapas de concepção do curso favoreceu o envolvimento com o seu propósito, e que a disponibilidade da coordenação criou um espaço seguro para compartilhar dificuldades e buscar soluções conjuntas. As interações entre os CP e a coordenação nacional se mostraram horizontais e construtivas, permitindo discutir e, sempre que possível, superar barreiras, fortalecendo a confiança entre todos.

A consolidação desse trabalho em equipe resultou de uma aproximação gradual que ocorreu ao longo de seis meses, por meio de encontros semanais que permitiram tanto a elaboração de cada uma das atividades do curso, quanto a criação de um espaço de trocas profissionais e pessoais. Subjetivamente, houve uma mobilização do desejo e alegria, que impulsionou o nascimento e a sustentação do projeto.

“[...] que eu acho que tudo isso pode ser fruto de como a gente começou, me surpreendeu muito positivamente quando a gente... nossa primeira reunião, a questão da oferta musical, do modo leve, do modo que o curso foi construído, com menos questões de plataforma,

avaliação e tal, e mais o que a gente esperava mesmo de mudança lá na realidade dos cursistas. Depois a gente passar isso na formação para os tutores, eles tiveram essa sensação também na devolutiva deles, e eu acho que assim essa sensação chegou em mim desde a primeira reunião que vocês organizaram, de uma forma que a gente já se sentisse assim. Eu fiquei super à vontade mesmo, com vontade de continuar.” (CP6)

“[...] É isso, a sintonia foi muito bonita de se ver. Foi um processo muito bom, muito gostoso, pelo que vocês começaram a construir lá, nas primeiras reuniões. Então, é um processo, assim, bastante... É um dado muito positivo dessa formação do grupo, dessa constituição do grupo.” (CP3)

Após a conclusão da seleção e da formação inicial dos tutores(as), a coordenação pedagógica passou a coordenar, de forma direta e exclusiva, uma nova etapa do desenvolvimento do curso: a organização, o apoio e o acompanhamento pedagógico dos grupos de tutoria sob sua responsabilidade. Nesse momento, os CP já haviam participado da elaboração da proposta metodológica, da definição dos conteúdos da trilha formativa e da condução da formação da tutoria. O desafio, então, consistiu em construir um espaço efetivo de colaboração, articulando as diferentes habilidades e experiências dos tutores(as) aos objetivos de ensino-aprendizagem estabelecidos pelo FormaSB.

## A PERCEPÇÃO SOBRE A ATUAÇÃO NA COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA DO FORMASB

Os participantes relataram que a principal motivação para atuar como CP foi a possibilidade de enfrentar os desafios da formação de profissionais da APS, contribuir para a transformação do modelo de atenção em saúde bucal e fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal. Destacaram que a tarefa, embora exigente, foi altamente gratificante, pois proporcionou aprendizado e, sobretudo, incentivo à mudança.

“Assim, eu fiquei muito entusiasmada mesmo. E isso me fez muito bem, apesar de tudo que a gente vem enfrentando, eu estou enfrentando com entusiasmo, né?”. (CP6)

“Então, ter a chance de participar de algo que de fato tenta induzir uma modificação de um modelo, né? Uma implementação, implantação de políticas em nível local. Isso me motivou muito a estar e a participar, e a me dedicar dentro das minhas possibilidades para isso, né?”. (CP1)

“E pra mim, o FormaSB é a possibilidade de olhar para os desafios, mas poder enfrentá-los, de poder dar a nossa contribuição. Então, esse é o grande sentimento para mim de trabalhar no Forma.” (CP5)

No papel de mediação, emergiu a reflexão sobre a complexidade de ocupar uma posição intermediária, o “lugar do meio”, marcada pelo sentimento de ser “diferente e igual”.



Estar nesse entrelugar significava estabelecer a ponte entre os objetivos de aprendizagem do curso e a prática dos tutores, por meio da escuta de dúvidas e problemas concretos, sem, contudo, acompanhar diretamente as turmas. Essa percepção decorre do fato de que, embora a coordenação pedagógica detenha domínio do conteúdo e competências didático pedagógicas, suas funções concentraram-se em preparar e apoiar os tutores e tutoras no desenvolvimento das atividades junto às turmas. O fato de não poder assumir o papel da tutoria, especialmente em situações mais complexas, e, ao mesmo tempo, confiar na capacidade de mediação dos tutores e respeitar as atribuições específicas de cada ator contribui para a compreensão dessas percepções.

“[...] eu me sinto enquanto coordenadora pedagógica num lugar meio tipo mãe de adolescente, assim, você vai orientar mas você não quer dar todas as respostas você, né? Às vezes você chama atenção, mas ao mesmo tempo você não quer desmotivar. Eu me sinto meio assim, sabe? Nesse lugar do meio, eu diria assim.” (CP7)

“[...] ser coordenador pedagógico é ser diferente e igual. [...] É construir em parceria. Ser coordenador pedagógico é estar junto de pessoas fantásticas, não só entre coordenadores, mas entre esses trabalhadores que fazem o Brasil, né? que fazem a tutoria e que fazem o curso. Ser coordenador pedagógico é desafio, é aprendizado e é estímulo.” (CP3)

Outros desafios elencados referem-se à angústia que surgia quando não havia respostas imediatas e disponíveis para

questões trazidas pelos tutores, bem como à difícil medida entre a ação de orientar sem desmotivar, como na metáfora ilustrada pela figura de uma mãe de adolescente, utilizada pela CP7. A exigência de grande disponibilidade de tempo para acolher e mediar as demandas do grupo, além de acompanhar os 11 ou 12 tutores sob sua coordenação, também foi apontada como um desafio no cotidiano da coordenação pedagógica.

“Sendo coordenadora, eu sinto às vezes uma angústia, uma agonia. Por conta da relação com os tutores, né? Porque é uma condição assim que você está construindo com eles. Eu não estou no lugar de dar todas as respostas porque eu não tenho essas respostas. Então eu reconheço as questões que a todo e qualquer momento aparecem e o você fica meio, no meio do caminho, você precisa repassar essa questão, receber uma resposta para retornar [...] É como se você tivesse que ficar de prontidão” (CP7)

Durante o desenvolvimento da trilha de aprendizagem, por se tratar da primeira edição do curso e pela heterogeneidade das turmas, a equipe da coordenação pedagógica identificou aspectos metodológicos pouco definidos ou que demandavam ajustes. Nesse contexto, os encontros semanais dos tutores com a coordenação se mostraram fundamentais, assim como o papel complementar assumido pelos grupos de tutores no aplicativo WhatsApp, que, por meio da colaboração entre pares, contribuíram para responder e manejar as dúvidas.

A dimensão operacional e a infraestrutura tecnológica também foram consideradas pontos problemáticos, particularmente em relação à plataforma de videoconferência utilizada, a RNP, e ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), sobretudo no que se refere ao cadastro dos cursistas nas turmas e à dificuldade dos tutores em compartilhar ou receber atividades no AVA. Entretanto, esses entraves técnicos e operacionais foram contornados por meio de soluções alternativas de comunicação e envio de materiais, como o uso de aplicativos de mensagens instantâneas e e-mail. Como a trilha formativa privilegiou os encontros síncronos entre tutores e turmas e não previa atividades e avaliações tradicionais dependentes do AVA, tais dificuldades de acesso puderam ser minimizadas.

“Porque eu acho que isso, assim, isso trouxe estresse para os tutores, né? Esse início de que eles não sabiam como que eles... não tinham muito domínio da plataforma e também a gente também não tinha muito, né?” (CP2)

“Acho que a gente desenvolveu uma relação com os tutores de construção mesmo, então eles... E pelo menos não tive ninguém que ficou assim, sabe? Chateado, de costas e “ai que absurdo”? Não, as pessoas falavam “olha, isso aqui não aconteceu ainda. A pessoa não consegue o acesso” e aí a gente ia conversando, então não comprometeu, mas poderia ter comprometido, é claro.” (CP7)

Outro ponto crítico foi o fato de o cronograma do curso coincidir com o período das eleições municipais, causando

certa instabilidade nas turmas e preocupação dos tutores e da coordenação pedagógica. Alguns participantes comunicaram ausências devido à necessidade de participar das campanhas eleitorais ou ao desligamento de seus vínculos empregatícios com os municípios. Em alguns casos, conforme a disponibilidade do(a) tutor(a) e o acordo com a turma, optou-se pela suspensão do encontro síncrono e posterior reposição da semana que antecedeu o dia da eleição.

“Eu acho que talvez o nosso maior desafio foi o período eleitoral nos municípios. Isso pra mim foi algo que me deixou sempre muito alerta e sempre muito preocupado com como as coisas iam acontecer no território, né? [...] Porque não somente o pré-eleitoral, mas o imediato pós-eleitoral foi talvez o mais tenso, porque teve muita gente que foi desligada, que perdeu, né? Não somente o cursista, mas gestor também, né?” (CPI)

Entre as sugestões apresentadas pelos participantes, destacou-se a importância de incluir, em futuras edições do curso, profissionais das coordenações estaduais e regionais de saúde bucal, considerando que os conteúdos abordados se constituem em matéria para ações de apoio institucional, podendo ser incorporadas nos seus planejamentos de Educação Permanente em Saúde para a qualificação dos processos de trabalho e da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal nos municípios.

A equipe operacional reduzida comprometeu alguns aspectos, apontados de forma recorrente nas avaliações realizadas

com os CP, especialmente a fragilidade da infraestrutura administrativa na área de comunicação, as dificuldades na gestão do AVA e o suporte ao uso da RNP, que, embora pública, oficial e gratuita, foi avaliada como pouco amigável e intuitiva pela coordenação pedagógica, pelos tutores e pelos cursistas.

Essa questão também impactou o trabalho dos CP, que passaram a assumir tarefas e atuar em diversas frentes da estruturação do curso, o que gerou sobrecarga. Além das funções formativas, os CP estiveram envolvidos na comunicação e divulgação do curso, na mobilização de coordenadores estaduais e nos processos de seleção e homologação de municípios, tutores e monitores. Tais elementos indicam um financiamento insuficiente para o desenvolvimento do curso e a necessidade de ampliação da equipe executora em futuras ofertas.

Ainda assim, o grupo demonstrou forte compromisso político e ético com o FormaSB, e esse engajamento coletivo funcionou como força motriz para a superação das adversidades estruturais e organizacionais, garantindo não apenas a realização do curso, mas também sua efetividade.

“Então, quando a gente pensa que a gente teve que fazer, né? Avaliar todas as inscrições, né? De município, tutor, cursista...[...] Assim, fazer tudo a gente mesmo, né? Isso é muito trabalhoso. Numa próxima oferta, a gente tem que pensar numa infraestrutura para poder apoiar nessas atividades. Assim, elas são muito trabalhosas. Porque a gente teve que fazer... E assim, acho que todo... Claro, foi a primeira oferta, por isso as coisas demoram pra acontecer e aí a gente teve que fazer tudo rápido.” (CP2)

## AS CARACTERÍSTICAS E FERRAMENTAS QUE SUSTENTARAM AS PRÁTICAS DE COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Iniciativas de formação *on-line* requerem que os tutores empreguem habilidades de diferentes naturezas na condução do processo de ensino-aprendizagem com os cursistas, tais como competências pedagógicas, socioafetivas, tecnológicas e autoavaliativas (Borges; Souza, 2012).

O FormaSB, para além de estar ancorado nos momentos síncronos com presença de tutoria, foi desenhado para fomentar redes de diálogo baseadas em uma reflexão crítica sobre a realidade e sobre os elementos do cotidiano de trabalho, com o objetivo de estimular a comunicação entre equipes e gestores, tanto dentro dos municípios quanto entre eles. Nesse contexto, coube à coordenação pedagógica discutir com cada grupo de tutores esse repertório de competências, de modo que a prática dos tutores junto às turmas espelhasse a atuação da própria coordenação pedagógica.

O desenvolvimento da competência socioafetiva recebeu atenção especial da coordenação geral e da coordenação pedagógica, pois, desde o início, estavam evidentes as peculiaridades dessa experiência formativa, realizada em larga escala, reunindo diferentes perfis profissionais em uma mesma turma e fundamentada em metodologias participativas. Reconhecia-se, portanto, que parte do sucesso da iniciativa dependeria da capacidade do tutor de estimular a adesão individual à proposta e de fortalecer a coesão coletiva da turma em torno da metodologia.

Entre as competências socioafetivas esperadas do tutor a distância, destacam-se: aceitação, cordialidade, honradez e empatia. A aceitação refere-se à capacidade de compreender a diversidade de conhecimentos que cada aluno traz, estimulando-os a se reconhecerem como parte ativa das atividades. A cordialidade envolve acolher e criar vínculos (a) efetivos para fortalecer a autoconfiança. A honradez, por sua vez, está ancorada no proceder ético, visando estabelecer uma relação tutor-aluno pautada na confiança. Por fim, a empatia implica o esforço de compreender o outro sem julgamentos ou preconceitos, identificando as necessidades individuais dos alunos (Giannella; Struchiner; Ricciardi, 2015). Estudos mostram que o desenvolvimento dessas habilidades pelos tutores favorece a construção de cumplicidade e confiança, resultando em melhores desfechos no processo de ensino-aprendizagem (Andrade, 2007; Tenório, 2024; Becker *et al.*, 2025).

A relação da coordenação pedagógica com os tutores se deu pelo acompanhamento coletivo sistemático, em encontros síncronos, com pelo menos um encontro semanal ou quinzenal, que correspondia com a abertura de nova unidade de aprendizagem, bem como o atendimento individual para os casos mais complexos ou singulares. Esses espaços constituíram a base para o desenvolvimento e acompanhamento das competências da tutoria. Ao operar na prática as competências socioafetivas esperadas dos tutores, a coordenação pedagógica reforçou esses valores e contribuiu para a criação de um ambiente cuidadoso e permeável a essa conduta.

“A gente faz reunião semanal, eu estou o tempo inteiro ali [...] ligo quando eu acho que tem alguma lacuna [...] “Quer que eu entre? Aconteceu alguma coisa?” Então, a gente está sempre de prontidão, que a maneira que a gente tem para contornar qualquer coisa, qualquer dificuldade. O grupo é meio que favoritado, assim, acontece qualquer mensagem eu abro imediatamente [...]” (CP5)

“[...] é que da mesma forma que nós criamos uma identidade como núcleo de condução do curso, eles também produziram isso no grupo dos tutores. Como cada coordenador foi responsável por 10 a 12 tutores, nós conservamos essa unidade entre eles. De modo que eles também se ajudavam, compartilhavam as dúvidas. [...] Trabalhamos juntos pra resolver os problemas.” (CP2)

Como o uso do AVA representou uma grande limitação, a criação de grupos de WhatsApp, embora não fosse um canal oficial, tornou-se uma ferramenta importante para agilizar a comunicação, alinhar informações e resolver demandas cotidianas, tanto entre a coordenação pedagógica e tutores, quanto entre os próprios tutores, que autogestionaram muitas ações e soluções ao longo do curso.

“E a gente viu que quando a gente fez a formação dos tutores a gente tinha deixado isso meio livre, né, como eles fariam, né. E no meio eles disseram “não, tem que ser por WhatsApp [...]” (CP2)



Muitos participantes reportaram um sentimento de movimento e de conquista. Por se tratar de uma construção coletiva, todos compartilharam dificuldades, desafios e superações. A proposta do FormaSB foi inovadora, e cada um dos CP tomou para si parte da responsabilidade, envolvendo os tutores nesse mesmo espírito de corresponsabilidade e avanços. O percurso foi finalizado com boas memórias e um percentual expressivo de integralização do curso, alcançando 68,6% dos cursistas.

“Eu enquanto coordenação pedagógica, e eu acho que isso não foi só para mim, eu acho que vários tutores também entendem [...] que é possível a gente fazer cursos muito bons e mesmo sendo online. Pra mim era um desafio entender... Eu achei audacioso, né? [...] Eu estou bem encantada. E tenho provas, né, toda hora eu estou recebendo dos tutores a questão da dificuldade que eles estão agora pra dizer adeus para terminar um curso, eles não querem terminar o curso, eles querem que continue [...]”. (CP3)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do FormaSB demonstrou que a coordenação pedagógica é um elemento central para o êxito de iniciativas de formação em larga escala. Ao assumir um papel ampliado, desde a concepção até o acompanhamento cotidiano do processo de ensino-aprendizagem, a coordenação pedagógica garantiu suporte metodológico, técnico e socioafetivo, fortalecendo a mediação entre os objetivos pedagógicos e as práticas de tutoria.

A competência curricular, gerencial e socioafetiva dos CP, aliada ao uso de estratégias como encontros síncronos, atendimentos individuais e grupos de WhatsApp, contribuiu para a criação de um ambiente colaborativo, cuidadoso e corresponsável, no qual desafios foram compartilhados e superados coletivamente.

Apesar de algumas limitações estruturais e contextuais da modalidade *on-line*, o curso alcançou alta participação e integralização, evidenciando que a formação *on-line*, quando sustentada em princípios da Educação Permanente em Saúde, pode ampliar o acesso, reduzir desigualdades e incidir positivamente na Política Nacional de Saúde Bucal.

O FormaSB deixa como legado não apenas o aprendizado técnico-metodológico, mas também a valorização do trabalho em rede, da mediação sensível e da corresponsabilidade ética e política, elementos indispensáveis para a formação de profissionais comprometidos com a transformação da atenção em saúde bucal no país.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. B. F. **A mediação na tutoria on-line**: o entrelace que confere significado à aprendizagem. Dissertação (Mestrado em Tecnologia da Informação e Comunicação na Formação em Educação a Distância) – Universidade Federal do Ceará; Universidade Norte do Paraná, Salvador, 2007.

BECKER, S.; JACOBSEN, M.; FRIESEN, S. Four supervisory mentoring practices that support online doctoral students' academic writing. **Frontiers in Education**, v. 10, 2025.

BENDER, J. D. *et al.* O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e19882022, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL). **Boletim de diagnóstico**: habilidades digitais no Brasil e no mundo. Elaboração: A. M. Q. Gameiro; D. L. Penha; R. O. R. Hagstrom. Brasília, 2024. Disponível em: [https://sei.anatel.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md\\_pesq\\_documento\\_consulta\\_externa.php?8-74Kn1tDR89f1Q7RjX8EYU46IzCFD26Q9Xx5QNDbqbIGuBQvTrV78dFpuB7IKQqoNrnZCOZ3jtE5kL3VAa5556cOPI5SUdQPc8loctKVzQanQNRvcIh1XFEKYys8Yfr](https://sei.anatel.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?8-74Kn1tDR89f1Q7RjX8EYU46IzCFD26Q9Xx5QNDbqbIGuBQvTrV78dFpuB7IKQqoNrnZCOZ3jtE5kL3VAa5556cOPI5SUdQPc8loctKVzQanQNRvcIh1XFEKYys8Yfr). Acesso em: 9 set. 2025.

COUTINHO, H.; FRANÇA, C. O coordenador pedagógico no contexto da educação a distância: desafios e possibilidades. **Conjecturas**, v. 21, p. 40-55, 2021.

FRANCO, D. O. **Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Brasil para a realização de ações do telessaúde**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023

GALÁN, B. Estrategias de acompañamiento pedagógico para el desarrollo profesional docente. **Revista Caribeña de Investigación Educativa (RECIE)**, v. 1, n. 1, p. 34-52, 2017.

GIANNELLA, T. R.; STRUCHINER, M.; RICCIARDI, R. M. V. Lições aprendidas em experiências de tutoria a distância: fatores potencializadores e limitantes. **Tecnologia Educacional**, v. 31, n. 161/162, abr./set. 2003.

GOZZI, N.; COMINI, N.; PERRA, N. Reduzindo a exclusão digital: mapeando a evolução, as desigualdades e a resiliência da conectividade à internet em seis cidades brasileiras. **EPJ Data Science**, v. 13, n. 69, 2024.

MACEDO, S. R. B. Coordenação pedagógica: conceito e histórico. In: FRANCO, M. A. S.; CAMPOS, E. F. E. (org.). **A coordenação do trabalho pedagógico na escola**: processos e práticas. Santos, SP: Editora Universitária Leopoldianum, 2016. p. 33-47.

PLACCO, V. M. N. S.; SOUZA, V. L. T. Diferentes aprendizagens do coordenador pedagógico. In: ALMEIDA, L. R.; PLACCO, V. M. N. S. (org.). **O coordenador**

**pedagógico e o atendimento à diversidade.** São Paulo: Loyola, 2010.

TARDIF, M. **Saberes profissionais e formação profissional.** Petrópolis: Vozes, 2002.

TENÓRIO, A.; ARAÚJO, M. F.; TENÓRIO, T. A influência da empatia como competência socioafetiva na atuação de tutores a distância. **Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância**, [S. l.], v. 15, 2016.

VELOSO, B.; MILL, D. Organização do trabalho docente na educação a distância: implicações da polidocência. In: SIED: EnPED – Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, 3., 2016. **Anais [...]**. 2016.



# **RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DOS TUTORES**



## CAPÍTULO 8

# DESAFIOS E FACILIDADES NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM TUTORIA *ON-LINE* NO CURSO FORMASB

Emilly Godinho Corrêa

## INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma ferramenta que promove reflexão crítica para o desenvolvimento e compartilhamento de soluções voltadas para melhorias no processo de trabalho, prevê o fortalecimento do elo entre gestores e instituições de ensino, profissionais da saúde e população (Ferreira *et al.*, 2019). Consequentemente, ao integrar iniciativas de formação na rotina de trabalho, a EPS promove o desenvolvimento de competências sociais e culturais (Rocha *et al.*, 2025), possibilitando uma resposta mais adequada às necessidades de diversos grupos populacionais.

A Educação Permanente em Saúde também desempenha uma função imprescindível no avanço da equidade de gênero,

ao fomentar o empoderamento das mulheres, especialmente na liderança comunitária e nos processos de tomada de decisão relacionados à saúde (Couva *et al.*, 2024). Isso se torna ainda mais relevante considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde, as mulheres representam cerca de 67% do emprego global no setor da saúde, com um elevado grau de segregação de gênero (World Health Organization [WHO], 2022).

De acordo com aspectos de representatividade e empoderamento, a mobilização social é essencial para alcançar participação social da população por meio da implementação de políticas sociais equitativas, de formas de governança mais democráticas e participativas, e do fortalecimento para construção de gestão intersetorial, ou seja, para a promoção de ações conjuntas e colaborativas (Fiorati *et al.*, 2018).

Sendo assim, para o aprimoramento de iniciativas *on-line*, destacam-se alguns fatores relacionados com os participantes, como maturidade profissional e contexto de trabalho no planejamento de ações educativas. Além disso, estratégias que incentivam a integração entre teoria e prática permanecem conectadas com a capacidade de alinhar objetivos de ensino às necessidades dos profissionais, visto que essa capacidade se encontra diretamente relacionada com a efetividade das ações de EPS (Meyenberg *et al.*, 2025).

Para além do processo de qualificação profissional, é possível afirmar que a incorporação da Educação Permanente em Saúde atua como ferramenta para qualificar o cotidiano de trabalho. Nesse sentido, plataformas *on-line* podem ser



consideradas recursos oportunos para o fortalecimento dessas estratégias, ao contribuírem para a reorganização do processo de trabalho, a promoção do sentimento de pertencimento dos integrantes das equipes e a qualificação da gestão (Ferraz *et al.*, 2025; Meyenberg *et al.*, 2025). Além disso, possibilitam o debate entre profissionais de diferentes regiões, ao promover espaços de problematização coletiva (Santos; Zambenedetti, 2025).

O objetivo deste relato foi destacar fatores facilitadores e desafiadores da atuação de uma tutoria *on-line* de Educação Permanente, no curso de atualização em Formação em Saúde Bucal: Processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (FormaSB). O curso foi ofertado pela CGSB/MS em parceria com Faculdade de Odontologia da UFMG em parceria com o Ministério da Saúde e apoio do Centro de Apoio à Educação a Distância (Caed/UFMG), de abrangência nacional, com foco nas equipes de profissionais de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e responsáveis pela gestão do setor, em municípios do Brasil.

Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo e abordagem etnográfica, realizado por meio de análise dos registros dos encontros ofertados com duas turmas do curso FormaSB. A turma A foi constituída por cursistas dos estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte, e a turma B por cursistas do Rio Grande do Sul. O ensaio reflexivo seguiu uma perspectiva experiencial, segundo duas categorias analíticas: facilidades (elementos que favoreceram o processo de aprendizagem e de reorganização do trabalho) e fragilidades (fatores limitantes ou desafios identificados).

**Tabela 1.** Municípios de acordo com estado, população estimada e IDH, participantes do FormaSB, 2024

Município	Estado	População Estimada (2025)	IDHM (2010)
Nova Candelária	RS	3.138	0,759
Esmeralda	RS	3.264	0,68
Gramado Xavier	RS	3.350	0,634
Capivari do Sul	RS	4.080	0,766
Barra do Quaraí	RS	4.340	0,662
Tabaí	RS	4.569	0,701
Fortaleza dos Valos	RS	4.569	0,756
Panelas	PE	23.337	0,569
Venha-ver	RN	3.005	0,555
Galinhos	RN	2.159	0,564
São Bento do Trairí	RN	3.890	0,595

Fonte: IBGE, 2022.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Seguindo a proposta do curso, orientado pelos princípios da EPS, a formação dos profissionais de saúde bucal no FormaSB iniciou-se a partir de reuniões *on-line* com foco no acolhimento participativo, desde a formação dos tutores ao desenvolvimento das atividades com os cursistas. Assim, a influência de aspectos relacionados a escuta ativa e interações em espaço de aprendizagem horizontal refletiram no compartilhamento de experiências.

A partir de perguntas norteadoras, os cursistas, em sua maioria mulheres, registraram suas contribuições em plataformas interativas como Mentimeter e Jamboard, possibilitando a visualização coletiva de aspectos relacionados à humanização da prática em diferentes territórios. Entre os termos destacados pelos participantes estavam “desafio”, “acolhimento” e “pertencimento”. Essas atividades favoreceram um ambiente de escuta e empatia, estimulando o engajamento tanto no início quanto ao longo de todo o processo formativo.

No decorrer dos encontros, a maioria dos cursistas demonstrou interesse em compartilhar vivências práticas de seu território e refletir sobre sua atuação cotidiana, reconhecendo a complexidade social dos contextos locais e os desafios enfrentados na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse processo, as experiências pessoais ganharam centralidade, pois permitiram relacionar situações concretas de saúde à problematização teórica, constituindo o próprio movimento de fazer e aprender (Amorim *et al.*, 2021), em consonância com a metodologia proposta.

Entretanto, foi identificada uma diversidade de realidades entre os profissionais, marcada por diferentes níveis de apropriação das ferramentas tecnológicas, envolvimento nas atividades, compreensão dos processos de trabalho em saúde bucal na APS e limitações para expor ideias. Apesar das diferenças entre as turmas e entre os contextos de atuação dos profissionais, a intenção de transformação das práticas e à valorização do território como espaço de cuidado apresentou similaridade.

Desse modo, as discussões evidenciaram a valorização do trabalho coletivo e a importância de fortalecer o vínculo entre os membros das equipes multiprofissionais. Além disso, observou-se um movimento de construção coletiva do cuidado, com relatos de ações intersetoriais, estratégias de educação em saúde e desenvolvimento de debates sobre a importância de ações voltadas para grupos vulnerabilizados com olhares para a promoção da equidade, como cuidados da população idosa, quilombola, ribeirinha e indígena.

Consequentemente, ao integrar a formação contínua ao cotidiano de trabalho, a Educação Permanente em Saúde sustenta o desenvolvimento de competências culturais e sociais (Rocha *et al.*, 2025), permitindo respostas mais adequadas às reais necessidades de grupos diversos, como pessoas com deficiência, LGBTQIAPN+, migrantes e população em situação de rua, entre outros, contribuindo para a redução de vieses inconscientes.

Por outro lado, também emergiram fragilidades relacionadas à sobrecarga de trabalho, à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e à escassez de recursos materiais e humanos em alguns contextos. Alguns profissionais relataram inseguranças quanto à sua autonomia nas decisões clínicas e no planejamento das ações no território, assim como menções à dificuldade de estabelecer vínculos com a comunidade, especialmente em cenários marcados por alta rotatividade de profissionais e instabilidade nas políticas públicas.

A literatura aponta que barreiras como a sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de profissionais, a fragilidade

dos planejamentos em saúde, a desvalorização das iniciativas de Educação Permanente em Saúde pela gestão e as inadequações no processo de trabalho configuram impasses à efetivação das práticas em saúde (Ferraz *et al.*, 2025; Ferreira *et al.*, 2019).

As especificidades dos territórios marcaram alguns dos encontros, com destaque para um que abordou a ausência de água potável em determinada região. Diante desse cenário, colocou-se o desafio de articular estratégias de promoção da saúde bucal em contextos marcados pela falta de recursos básicos de saneamento, como o acesso à água tratada. A Organização Mundial da Saúde, ao implementar a Agenda Global de Saúde Bucal, em articulação com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, reconhece a interconexão entre o acesso à água potável, o saneamento e a saúde bucal, destacando a importância de políticas públicas integradas para a promoção da saúde e do bem-estar da população (World Health Organization, 2024).

Outro aspecto relevante foi o reconhecimento da importância da Educação Permanente em Saúde e do apoio institucional para qualificar as práticas em saúde bucal. Os encontros possibilitaram a troca de experiências exitosas e a reflexão sobre os limites e as potencialidades das ações desenvolvidas, evidenciando o espaço formativo como um momento de fortalecimento da identidade profissional e de maior integração com os princípios da Atenção Primária à Saúde.

A escuta sensível e o olhar ampliado sobre os determinantes sociais da saúde se destacaram como eixos orientadores da prática

de aprendizagem e o uso de ferramentas digitais demonstrou-se eficaz para dinamizar as atividades, favorecer a expressão dos participantes e consolidar os aprendizados de maneira visual e acessível. Portanto, ao compartilhar boas práticas e relatos de sucesso, é possível promover a conscientização e estimular a adoção de estratégias eficazes de comunicação interprofissional na educação e na prática em saúde (Barros *et al.*, 2017).

De acordo com os relatos dos cursistas, a falta de apoio institucional e a desvalorização das ações coletivas também foram apontadas como fatores limitantes para o fortalecimento das práticas em saúde bucal. Nesses contextos, foi necessário maior esforço por parte da tutoria para incentivar a busca por melhores perspectivas. Como já mencionado, em alguns territórios persistiram barreiras estruturais e organizacionais, como o absenteísmo dos usuários, a ausência de serviços especializados, como o Laboratório Regional de Prótese Dentária, a inexistência de fluoretação nas águas de abastecimento ou mesmo de água tratada. Além disso, no desenvolvimento do curso, observaram-se dificuldades de interação de algumas equipes durante os encontros.

Em contraste, alguns profissionais participantes trouxeram exemplos concretos de práticas intersetoriais, vínculo com o território, participação da comunidade nas ações de saúde e proposta de levantamento de saúde bucal. Enquanto outros cursistas, iniciaram o processo de articulação intersetorial para a implementação de novas estratégias de ações de saúde, propuseram a realização regular de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e incentivaram uma maior participação da equipe de

Saúde Bucal (eSB) nas reuniões das equipes multiprofissionais, assim como um enfoque na participação social para a construção de iniciativas que atendam a realidade local. A organização do trabalho em equipe também foi demonstrada de forma mais estruturada, com indícios de planejamento integrado e valorização das ações coletivas com foco em saúde única, incluindo diferentes setores da sociedade.

Apesar de avanços experimentados por algumas eSB, com exemplos de criação de vínculo com a comunidade e planejamento integrado, a participação social ainda é limitada e desigual. No curso, estratégias do uso de indicadores de saúde foram exemplificadas e demonstradas em quadro interativo para os cursistas, onde puderam refletir diferentes aspectos relacionados ao controle social e outros elementos.

No desenvolvimento da tutoria, evidenciou-se uma intencionalidade pedagógica orientada à valorização da autonomia dos cursistas, estimulando a capacidade crítica e reflexiva. Esse direcionamento favoreceu processos de problematização ancorados nas experiências concretas do trabalho em saúde e contribuiu para práticas de construção coletiva do conhecimento, em consonância com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde e das metodologias ativas de aprendizagem.

Em face das reflexões anteriores, o FormaSB reafirma e operacionaliza o conceito e a aplicação da EPS, assim como é sugerido em estudos da área (Campos *et al.*, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência formativa das turmas do curso FormaSB evidenciou a potencialidade da EPS como agente propulsor de mudanças nas práticas em saúde bucal. As facilidades apontam para a importância do reconhecimento dos saberes locais, da construção coletiva de soluções, e do uso de metodologias ativas em plataformas digitais. As fragilidades, por sua vez, refletem os desafios históricos da APS, como a descontinuidade do cuidado, a fragmentação das equipes, a insuficiência de recursos e a participação social limitada. Apesar das diferenças, de forma geral, os profissionais demonstraram disposição para refletir sobre seus processos de trabalho e aprimorar suas práticas. Durante os encontros formativos do curso FormaSB, as turmas apresentaram tanto pontos em comum quanto especificidades marcantes, que refletiram as diferentes dinâmicas de grupo, realidades territoriais e experiências profissionais.

Além disso, embora as turmas compartilhem valores, compromissos e desafios comuns, suas trajetórias formativas distintas enriqueceram o processo como um todo e reafirmaram a importância de considerar a singularidade de cada grupo no planejamento e condução de processos educativos.

Destaca-se também o acompanhamento e interação do grupo de tutores e monitores, oportunizados pela equipe de coordenação pedagógica, que apoiou o percurso em cada módulo, e disponibilizou *feedbacks* imediatos aos cursistas e tutores em um ambiente condizente com a proposta estruturada



pelo curso. A continuidade de ações de educação permanente e o fortalecimento do apoio institucional são caminhos necessários para consolidar as transformações iniciadas durante o curso.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, J. S. C. *et al.* Da formação ao exercício da tutoria em educação permanente em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 43, n. 4, p. 153-168, 2021.

BARR, N. *et al.* Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review. **Journal of Health Services Research and Policy**, Londres, v. 22, n. 4, p. 250-257, 2017.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017.

COUVA, M. *et al.* Women's empowerment and health: a narrative review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 21, n. 12, 2024.

FERRAZ, E. de M. *et al.* Educação permanente em saúde: estratégia de fortalecimento na formação e atuação de equipes gestoras municipais no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2025.

FERREIRA, L. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FIORATI, R. C. *et al.* Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities worldwide. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 32, n. 3, p. 304-314, 2018.

MEYENBERG, P. *et al.* Efetividade de Curso Online no Desenvolvimento de Competências para Gestão em Saúde Pública. **EaD em Foco**, v. 15, n. 1, p. e2508-e2508, 2025.

ROCHA, C. A. G. *et al.* Educação permanente em saúde: promovendo equidade no atendimento a populações vulneráveis. **Revisa**, v. 14, n. 1, 2025.

SANTOS, E. A. de P.; ZAMBENEDETTI, G. PlanificaSUS as a permanent health education (EPS) strategy for the Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on oral health 2023-2030**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 20 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19**. Geneva: WHO, 2022.

## **CAPÍTULO 9**

# **INSPIRAÇÃO NOS ENCONTROS DO FORMASB E EXPIRAÇÃO EM FORMA DE POESIA: RESPIRANDO NOVOS ARES**

**Elisa Shizuê Kitamura**

### **Introdução**

A proposta do curso Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal, FormaSB, de promover a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde bucal nos municípios, com vistas à sua reorganização e qualificação, pareceu-me, à primeira vista, instigante e inovadora. Instigante por estimular a reflexão e o debate sobre a saúde bucal coletiva e inovadora por propor uma iniciativa de abrangência nacional. Nesse momento, a tutoria apresentou-se como a oportunidade de fazer parte desse projeto.

No entanto, ao longo dos encontros, essa experiência transformou-se em algo ainda maior e mais significativo, pois possibilitou perceber a práxis em movimento e sua capacidade de modificar a realidade. Os relatos e as histórias compartilhadas despertaram a criatividade da própria tutora. A inspiração, entendida como o ato de acolher ideias e emoções, intensificou-se a cada encontro, até se materializar, no último encontro com cada turma, em forma de poesia, trazendo novos ares, acredito, a todos que percorreram a trajetória do FormaSB.

## **RELATO DA EXPERIÊNCIA**

Trabalhamos com duas turmas bem distintas: uma turma com sete municípios do interior do Nordeste e uma turma com quatro capitais de diversas regiões do Brasil.

### **O INTERIOR**

Apesar de serem municípios distintos, de dois estados diferentes, pudemos perceber muitas semelhanças entre as potencialidades e desafios postos pelos cursistas. Os profissionais da saúde bucal relataram ser a primeira vez que participavam de um processo de formação que envolvia toda a equipe. No início, os cursistas estavam inseguros e pouco participativos, entretanto notei mudança significativa a partir do encontro 3, quando discutimos duas situações-problema. Aliar a aplicação

prática à teoria desperta um processo natural de questionamento e argumentação, levando a uma aproximação com a vivência do estudante e, por conseguinte, seu envolvimento com o conteúdo (Klein; Ahlert 2019). A metodologia utilizada gerou identificação nos estudantes com as situações apresentadas e pudemos notar maior interação nos encontros.

Os resultados do SB Brasil 2023 demonstram que as piores condições de saúde bucal são encontradas no interior dos estados, provavelmente devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024). A questão do acesso perpassa enormes desafios citados pelos trabalhadores, tais como: escassez de recursos, vínculos precários e desvalorização profissional. Entretanto, mesmo diante de tantos problemas, os profissionais demonstraram preocupação em melhorar sua realidade, citando a necessidade de serem criativos e destacando a proximidade e relação de pertencimento com a comunidade. A troca de experiências ocorrida durante as discussões nos encontros possibilitou um aprendizado significativo, para além das expectativas dos participantes, e foi a expressão mais citada na nuvem de palavras do último encontro síncrono.

A conectividade à internet ainda se configura como um desafio para cidades do interior, assim como a inabilidade digital de alguns participantes. Nesses contextos, o aplicativo WhatsApp mostrou-se, muitas vezes, o canal mais eficiente de comunicação entre nós e integrou a estratégia de prevenção à evasão adotada.

A metodologia utilizada no FormaSB também se mostrou estratégica para a permanência dos estudantes no curso.

A oferta cultural, realizada no momento inicial dos encontros, possibilitou que os cursistas de cada município apresentassem expressões tradicionais de suas regiões. A cultura nordestina, por exemplo, foi compartilhada por meio de festas como o São João, das comidas típicas, do forró e da expressão de um povo resiliente, alegre e hospitaleiro.

A riqueza cultural e a força demonstradas pelos estudantes foram inspiradoras e, a partir da literatura de cordel, muito popular no Nordeste, surgiu uma homenagem à turma. Por meio de um cordel, busquei representar o percurso vivido no curso. A declamação foi registrada em um vídeo produzido pela monitora Maria Eduarda Andrade, que reuniu momentos marcantes dos encontros e materiais construídos ao longo dessa trajetória.

*“Cordel do FormaSB*

*Vou contar para vocês  
Sobre essa caminhada  
Teve estrada tortuosa  
Mas com companhia aninhada  
Um problema partilhado  
Traz solução engenhada*

*Quando nos apresentamos  
Muitos queriam aprender  
E a cada novo encontro  
Pudemos compreender  
Que na troca de experiências  
É que se constrói o saber*

*Aracoiaba, Milagres  
E Novo Oriente no Ceará  
Do Maranhão Satubinha  
São Roberto, Duque Bacelar  
E também Nova Iorque  
Juntos a avançar*

*Com problemas semelhantes  
Distâncias, RH, estruturais  
Falta capacitação permanente  
E boas condições para os profissionais  
Acesso, cuidado especializado  
E estratégias para as zonas rurais*

*Mas onde falta também sobra  
Sobra criatividade  
Tem tantos que se importam  
Que tem proatividade  
E que na labuta diária  
Encontram a felicidade*

*Essa trajetória construída  
Representa o pertencer  
Desse nosso coletivo  
Que buscava aprender  
Mas acabou ensinando  
No primeiro FormaSB!”*

## **AS CAPITAIS**

As quatro capitais que compuseram uma turma do FormaSB contavam com coordenadoras de saúde bucal entre

as cursistas. A participação dessas coordenadoras de capitais e de grandes municípios no processo formativo evidencia uma diferença importante em relação a muitos municípios de pequeno porte, nos quais, por vezes, um cirurgião-dentista da equipe acumula funções assistenciais e de gestão. Inicialmente, supôs-se que a presença da chefia poderia inibir os demais participantes de expor ideias e críticas, comprometendo a dinâmica das metodologias ativas propostas pelo curso e a necessária construção coletiva do conhecimento. No entanto, isso não se confirmou. As coordenadoras mostraram-se conscientes de suas potencialidades e limitações e, mesmo habituadas a posições de liderança, abriram espaço para que outros estudantes assumissem o protagonismo.

Confesso que, à primeira vista, julguei que teria pouco a contribuir com as reflexões, por também ser uma cidadã mineira de uma cidade do interior. Contudo, percebi que, apesar dos diferentes desafios enfrentados, encontrávamos um lugar-comum e afetivo, a paixão pela saúde bucal pública, para todos, gratuita e de qualidade. Ainda nesse sentido, a coordenação de saúde bucal tem a função de organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município e fica responsável pelo acompanhamento, supervisão e avaliação das equipes (Oliveira *et al.*,2022). Aqui, pudemos perceber que a aproximação da coordenação com o serviço tem aspecto positivo na organização.

A questão da violência urbana foi marcante no discurso dos profissionais das capitais, assim como a insegurança presente em alguns territórios. As longas distâncias, as questões



climáticas, o cuidado aos refugiados também são questões que esses profissionais enfrentam.

Todos os municípios entregaram seu produto final, apresentaram a tempo e disseram que realmente o utilizariam. Os espaços das discussões durante os encontros renderam debates importantes, parcerias entre as capitais e muito aprendizado. A característica colaborativa dessa turma também inspirou uma poesia de minha autoria, inserida em um vídeo elaborado pela monitora Maria Eduarda Andrade, grande parceira e colaboradora.

*“Nosso FormaSB*

*Para um encontro acontecer  
É preciso tempo investir  
Em conjunto refletir  
Para construir o saber*

*No processo de aprendizagem  
Maceió trouxe poesia  
Grotas, festas, maresia  
Trabalho duro e coragem*

*Falando desse adjetivo  
Lembramos de Manaus  
Que subiu muitos degraus  
Rumo ao seu objetivo*

*De Porto Velho a lição:  
Para poder avançar  
É preciso planejar  
Com apoio da gestão*

*Tantos desafios diários  
Postos no trabalho verdadeiro  
Como no Rio de Janeiro  
E outros municípios vários*

*Lá fomos nós a tecer  
Com ideais e coração  
E dessa colaboração  
Surgiu nosso FormaSB!”*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma revisão integrativa sobre os desafios do acesso à saúde bucal identificou que, para que os grupos populacionais recebam o atendimento de que necessitam, são necessárias mudanças nas políticas, no planejamento de ações e serviços e no processo de trabalho dos profissionais (Rabello *et al.*, 2021). Trata-se de um desafio nacional, marcado por diferentes particularidades. Nesse contexto, a existência de um espaço de diálogo e troca gerou não apenas aprendizado, mas também consciência e ressignificação.

A possibilidade de refletir junto aos colegas, conhecer outras realidades, pensar soluções para as dificuldades e compartilhar ferramentas que podem potencializar o trabalho contribuiu para minha formação pessoal e profissional. Costumávamos dizer que foi um “encontro de pares”. A experiência no FormaSB despertou em mim o desejo de seguir desenvolvendo a tutoria, participar de congressos e acompanhar os estudantes nos caminhos da construção da saúde bucal que almejamos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. (Série B. Textos Básicos de Saúde, SB Brasil).

KLEIN, N. A.; AHLERT, E. M. Aprendizagem baseada em problemas como metodologia ativa na educação profissional. **Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 11, n. 4, 30 dez. 2019.

OLIVEIRA, M. T. P. *et al.* Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320106, 2022.

RABELLO, R. E. D. *et al.* Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 24, supl. 1, p. 219-235, 2021.



## **CAPÍTULO 10**

# **TUTORIA NO FORMASB: INTERAÇÕES, TECNOLOGIAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL**

**Isabelly Ribeiro Araújo  
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta**

## **INTRODUÇÃO**

A formação continuada dos profissionais de saúde é fundamental para fortalecer o trabalho em equipe e qualificar o cuidado prestado à população. No âmbito da saúde bucal, essa necessidade se torna ainda mais evidente diante das mudanças constantes nas políticas públicas, das especificidades dos territórios e da incorporação de novas tecnologias (Gauer Júnior; Ziede, 2023). Nesse contexto, o curso FormaSB foi desenvolvido como estratégia de educação a distância, visando ampliar o acesso ao conhecimento, estimular a aprendizagem colaborativa e promover a integração entre profissionais de diferentes regiões.

O FormaSB foi um curso de curta duração, de abrangência nacional, promovido pela Coordenação-geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e realizado em 2024. Este relato tem como objetivo compartilhar a experiência de implementação e condução do curso, ressaltando as estratégias pedagógicas adotadas, os recursos utilizados, os desafios enfrentados e os resultados alcançados. Participaram duas turmas compostas por municípios do Ceará (Jaguaretama, Salitre, Carnaubal e Tejuçuoca) e de São Paulo (Patrocínio Paulista, Mirante do Paranapanema, Juquiá e Buritama).

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

A experiência de conduzir, como tutora, um curso de formação para equipes de saúde bucal, realizado em formato de educação a distância (EaD), revelou a importância de atividades interativas e dinâmicas para o engajamento e a aprendizagem significativa dos cursistas. As atividades envolveram não apenas a produção de relatos de experiência como produto final, mas também a participação ativa durante as aulas e em atividades de dispersão, promovendo uma melhor assimilação dos conteúdos.

Esse tipo de formação representa uma forma de aprendizado significativo, que segundo Freire (2019), se realiza no diálogo, na escuta ativa e no reconhecimento dos sujeitos como protagonistas do processo educativo.

Essa abordagem colaborativa favoreceu a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes regiões do Brasil, como Nordeste e Sudeste, enriquecendo o processo de aprendizagem ao contextualizar os conceitos às realidades específicas de cada localidade. Tal dinâmica está em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde, que propõem que o processo educativo parta dos problemas reais enfrentados nos serviços de saúde, com foco na transformação das práticas cotidianas (Brasil, 2009).

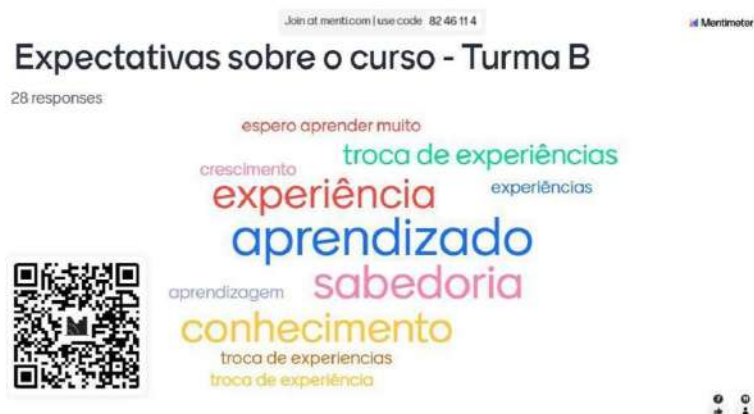
Cardoso *et al.* (2017) ressaltam que essa perspectiva da EPS deve estar integrada às práticas formativas das escolas de saúde pública e às estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, valorizando o saber do fazer e o diálogo entre os sujeitos. Tal abordagem reforça a centralidade da experiência local, da micropolítica do cuidado e da escuta dos sujeitos como fundamentos da educação em saúde (Campos; Santos, 2016).

A utilização de plataformas digitais, como o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do curso FormaSB, a plataforma de encontros virtuais e interativos “Conferência Web”, juntamente com outras ferramentas colaborativas como “Mentimeter” (Figura 1), “Kahoot” e Mapas Mentais, trouxe maior dinamismo aos encontros virtuais. Tais formações, ao integrarem teoria, prática, tecnologia e colaboração, têm alto potencial transformador para os profissionais e os serviços.

O uso dessas tecnologias permitiu não apenas a mediação do conteúdo, mas também a criação de um ambiente pedagógico

interativo e centrado no cursista, como preconiza a abordagem construtivista. Além disso, Torrez (2005) argumenta que o potencial da EaD na formação em saúde depende diretamente da intencionalidade pedagógica e da articulação com a prática cotidiana dos serviços, evitando tanto um tecnicismo instrumental quanto uma idealização excessiva da modalidade.

**Figura 2.** Utilização da ferramenta “Mentimeter” como ferramenta tecnológica colaborativa



Fonte de referência: Site <https://www.mentimeter.com/pt-BR>  
Print Screen realizado pelos autores.

Observou-se que os cursistas relacionaram os conteúdos de forma mais efetiva com suas próprias experiências e realidades, além de fortalecerem o aprendizado por meio das trocas com colegas que atuam em contextos diversos.

A presença de participantes de diferentes regiões do país possibilitou a discussão de experiências exitosas de municípios,



abordando temas como a resolubilidade de problemas cotidianos nos consultórios odontológicos e estratégias de reorganização e planejamento das ações de saúde bucal nos territórios.

Essa dinâmica está alinhada aos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída como política nacional pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias n.º 198/2004 e n.º 1.996/2007. A EPS visa orientar a formação e a qualificação dos profissionais de saúde, promovendo a transformação das práticas e da organização do trabalho frente às demandas do sistema (Brasil, 2004).

Outro aspecto relevante foi o incentivo às ofertas culturais por parte dos cursistas. No início de cada encontro, os grupos de diferentes cidades eram responsáveis por compartilhar vídeos, poesias, músicas ou manifestações culturais de suas regiões. Tal prática se alinha à perspectiva da Educação Popular em Saúde e aos princípios da humanização do SUS, que valorizam o saber local e a expressão da cultura como recursos potentes para o vínculo e a aprendizagem (Brasil, 2007). Pode-se observar, também, com este método, o desenvolvimento de uma maior conexão entre os participantes, valorizando a diversidade cultural do Brasil e fortalecendo o sentimento de pertencimento ao grupo.

A abrangência nacional do curso, aliada ao formato EaD, foi fundamental para alcançar equipes de saúde bucal de diferentes localidades, ampliando o impacto da formação. Contudo, também foi observado que um dos principais desafios enfrentados pelos participantes foi a insuficiência de letramento digital, o que dificultou a utilização efetiva das ferramentas tecnológicas disponíveis.

Esse desafio não é isolado. Silva e colaboradores (2015) apontam que a ausência de familiaridade com ambientes virtuais de aprendizagem pode comprometer significativamente o engajamento em propostas de EaD no contexto do SUS. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2022) também destaca a “desigualdade digital” como um dos principais obstáculos para a efetividade de programas de educação a distância, sobretudo em regiões com infraestrutura precária de internet e equipamentos.

Além disso, constatou-se que o acesso a computadores era bastante limitado, uma vez que a maioria dos cursistas dependia do uso de dispositivos móveis, como celulares, os quais apresentavam restrições na realização de atividades que demandavam recursos específicos do ambiente de aprendizagem virtual (AVA). Outro aspecto relevante foi a conectividade à internet, que apresentava limitações nas localidades onde os participantes assistiam às aulas, comprometendo a frequência e a participação nas atividades propostas.

Ressalta-se, também, o papel crucial do apoio contínuo das coordenações e da direção das instituições envolvidas, que contribuíram para o dinamismo dos encontros, a resolução de demandas e o aprimoramento do processo de aprendizagem.

Esse suporte institucional é reconhecido na literatura como um fator determinante para o sucesso de iniciativas de formação em saúde, especialmente quando se trata de ações em larga escala, como aquelas voltadas para profissionais do SUS (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Brasil, 2009).

Temas essenciais como o trabalho em equipe, a interprofissionalidade, a apresentação de novos indicadores e a discussão de casos práticos foram abordados ao longo do curso, refletindo, portanto, o esforço do curso em alinhar-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e aos pressupostos da formação interprofissional, promovendo o diálogo entre diferentes saberes e favorecendo a integralidade do cuidado.

Os cursistas demonstraram grande interesse em aprimorar a colaboração com outros profissionais e em adaptar os fluxos de atendimento para facilitar o acesso dos pacientes aos serviços odontológicos.

Tais reflexões reforçam a importância de estratégias pedagógicas que promovam a troca de experiências, o envolvimento ativo e a contextualização dos conteúdos às realidades locais, contribuindo para a melhoria contínua da atenção em saúde bucal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ter sido tutora de um curso de formação na modalidade de Educação a Distância para equipes de saúde bucal foi extremamente enriquecedor e desafiador. A implementação de atividades interativas, o uso de plataformas digitais e ferramentas inovadoras contribuíram significativamente para o engajamento dos cursistas, promovendo uma aprendizagem mais dinâmica, participativa e contextualizada às realidades de diferentes regiões do Brasil.

As trocas de experiências entre profissionais de diversas localidades mostraram-se fundamentais para ampliar o entendimento sobre práticas bem-sucedidas e estratégias de resolução de problemas cotidianos nos serviços odontológicos. Além disso, o incentivo às manifestações culturais e o fortalecimento do trabalho em equipe reforçaram a importância de uma abordagem humanizada e colaborativa na atenção à saúde bucal.

O apoio e coparticipação contínua da coordenação pedagógica e geral do curso foram essenciais para o sucesso deste, demonstrando que o envolvimento institucional é um fator determinante para a efetividade de ações de formação em larga escala. As dificuldades encontradas na limitação do acesso à internet e a falta de conhecimento sobre as ferramentas tecnológicas evidenciam a necessidade de estratégias que promovam o desenvolvimento do letramento digital e o aprimoramento do acesso às tecnologias, a fim de garantir uma participação mais efetiva no processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias digitais.

Por fim, os temas abordados e o interesse demonstrado pelos cursistas indicam que esse tipo de formação tem potencial para promover mudanças significativas na prática profissional, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços odontológicos. Espera-se que essas experiências sirvam de inspiração para futuras iniciativas, sempre buscando inovar, valorizar a diversidade e fortalecer a integração entre os profissionais de saúde bucal em todo o país.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

CAMPOS, K. A.; SANTOS, F. M. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Serviço Público**, v. 67, n. 4, p. 603-626, 2016.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017.

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

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 40. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GAUER JÚNIOR, J.; ZIEDE, M. K. L. Educação a distância: uma possibilidade de acesso à educação permanente para profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saberes Plurais – Educação na Saúde**, v. 6, n. 2, 2022.

SILVA, A. N. *et al.* Limites e possibilidades do ensino a distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, abr. 2015.

TORREZ, M. N. F. B. Educação a distância e a formação em saúde: nem tanto, nem tão pouco. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 171-186, mar. 2005.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Reimaginar nossos futuros juntos: um novo contrato social para a educação**. Relatório da Comissão Internacional sobre os Futuros da Educação. Resumo executivo. Brasília: UNESCO, 2022. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379381\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379381_por). Acesso em: 20 out. 2025.



## **CAPÍTULO 11**

# **EDUCAÇÃO PERMANENTE E A REORIENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO CURSO “FORMASB” EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE ALAGOAS E MINAS GERAIS**

**Marília de Matos Amorim  
Graziane Ribeiro Couto  
Guadalupe Sales Ferreira**

## **INTRODUÇÃO**

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil enfrenta grandes dificuldades para a sua consolidação. Um dos principais entraves é a formação dos trabalhadores, ainda

fortemente marcada por uma racionalidade biologicista, centrada em procedimentos e na fragmentação do cuidado, distante das diretrizes e necessidades do SUS (Pinto; Teixeira, 2011; Ceccim; Feuerwerker, 2022).

Apesar dos grandes avanços na saúde bucal nos últimos anos, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, de forma mecânica e acrítica, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica do setor privado (Narvai, 2006; Fonsêca; Botazzo, 2022). Segundo Narvai e Frazão (2008), o conflito fundamental que caracteriza a Política Nacional de Saúde Bucal se estabelece entre as correntes da Saúde Bucal Coletiva e da Odontologia de Mercado, uma vez que ambas, articuladas e derivadas de distintas correntes político-ideológicas, buscam influenciar os rumos da política na defesa de seus interesses. Entretanto, o modelo de odontologia de mercado ainda é considerado hegemônico, inclusive no setor público (Narvai, 2006; Narvai, 2020).

No entanto, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004), o trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser desenvolvido de forma integrada, com ênfase em ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando os determinantes sociais da saúde e a singularidade dos territórios. Esse processo é complexo, pois exige planejamento coletivo, articulação com as demais equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma prática que vá além do modelo clínico tradicional,



ampliando o cuidado e fortalecendo o vínculo com os usuários e a comunidade (Brasil, 2004, 2017, 2023).

Nesse contexto, a Educação Permanente torna-se um instrumento estratégico, uma vez que possibilita a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a transformação das práticas profissionais no próprio cotidiano dos serviços (Ceccim, 2022).

Neste sentido, em parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Ministério da Saúde, surge o FormaSB. Trata-se de uma estratégia de Educação Permanente com o objetivo de contribuir para a qualificação do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes que atuam na saúde bucal no Programa Saúde da Família, bem como para os coordenadores de saúde bucal.

Assim, o presente relato tem como objetivo sistematizar a experiência da tutoria do curso de Formação em Saúde Bucal FormaSB, bem como destacar sua importância na reorientação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios dos estados de Alagoas e Minas Gerais.

## **CONTEXTO E COMPOSIÇÃO DAS TURMAS**

O curso foi realizado em formato virtual, por meio da atuação de tutores de aprendizagem, os quais ficaram responsáveis por duas turmas, cada turma contendo em média três municípios, cada município com suas equipes de saúde bucal, incluindo cirurgiões-dentistas (CD), auxiliares de saúde bucal

(ASB), técnicos de saúde bucal (TSB) e os(as) coordenadores(as) municipais de saúde bucal.

A estrutura do curso incluiu: encontros síncronos, atividades assíncronas e SIG temáticos. Os encontros síncronos ocorreram a cada 15 dias, com o total de seis encontros, ao longo de três meses, iniciado no dia 23 de agosto de 2024 e concluído em 8 de novembro de 2024. Durante o curso, os cursistas desenvolveram um produto, o qual foi apresentado no último encontro.

O presente relato descreve a experiência de duas turmas, uma no estado de Alagoas e outra em Minas Gerais. No estado de Alagoas, participaram os municípios de Carneiros, localizado no médio sertão do estado; Santana do Mundaú, na região norte, mais especificamente na microrregião Serrana dos Quilombos; e Passo de Camaragibe, situado no litoral norte. Esses municípios possuem, respectivamente, populações de 8.999, 11.323 e 13.804 habitantes. Em relação à cobertura de saúde bucal, todos apresentaram cobertura de 100%, segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e relatos dos cursistas (SISAB, 2025).

Em Minas Gerais os municípios que participaram foram: Aimorés, que se localiza na região leste do estado, com uma população de 25.269 habitantes; Buritis, localizado no noroeste do estado, faz divisa com Goiás e possui uma população de 24.030; e São Gonçalo do Sapucaí, localizado no sul do estado, com uma população de 23.959 habitantes. Com relação à cobertura de saúde bucal, todos os municípios apresentaram

uma cobertura de 100%, segundo os dados do SISAB e relatos dos cursistas (SISAB, 2025).

Considerando os seis municípios, um total de 36 cursistas se matricularam, entre eles, cirurgiões-dentistas, coordenadores de saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal. Desses, 26 cursistas concluíram o curso, com representação de cinco municípios, havendo desistência de todos os cursistas de Santana do Mundaú (AL).

A Tabela 1 demonstra quantidade de alunos concluintes por município e categoria profissional.

**Tabela 1.** Frequência absoluta de cursistas que concluíram o FormaSB, por município e categoria profissional (2024)

Município	Cirurgião-dentista	Coordenador de saúde bucal	ASB	TSB	TOTAL
Alagoas					
Carneiros	3	1	1	2	7
Passo de Camaragibe	0	1	0	0	1
Minas Gerais					
Amoírés	1	1	1	0	3
Buritit	3	1	3	1	8
São Gonçalo do Sapucaí	3	1	3	0	7
Total	10	5	8	3	26

Fonte: Elaboração própria.

## ATIVIDADES REALIZADAS E TEMAS DISCUTIDOS

Foram realizados seis encontros síncronos ao longo do curso. Para cada encontro e tema trabalhado de forma síncrona, era solicitada uma atividade assíncrona, denominada atividade de dispersão, a qual era retomada no encontro seguinte. Ainda, para cada temática trabalhada, houve um encontro síncrono conjunto realizado por meio de um SIG temático. Os temas trabalhados foram: organização do acesso; gestão da clínica e do cuidado; diagnóstico e seleção do problema; estratégias de enfrentamento e monitoramento; e encerramento com apresentação do produto final.

O tutor deve ser o elo entre o aluno e o processo de aprendizagem, um facilitador que orienta, acompanha e estimula o estudante a ser sujeito ativo na construção do seu conhecimento (Toma; Moran, 2003). Para isso, adotaram-se estratégias fundamentadas na pedagogia crítico-libertadora ou na problematização, em que os tutores atuaram como mediadores do processo de ensino-aprendizagem, buscando o conhecimento da realidade pelos cursistas, podendo assim extrair o conteúdo da aprendizagem e atingir um nível de consciência que lhes permitisse atuar na realidade, possibilitando a transformação social (Freire, 1996).

Além disso, a partir do encontro “Diagnóstico e seleção de problema”, os cursistas trabalharam com problemas específicos dos seus cotidianos de trabalho e elaboraram estratégias de enfrentamento e monitoramento das ações, compondo o produto

final do curso. Neste sentido, o tutor teve um papel fundamental como mediador, estimulando a análise crítica das situações apresentadas, promovendo a troca de experiências entre os participantes e orientando na sistematização das propostas, de modo a potencializar a aplicabilidade prática das soluções construídas coletivamente.

Ambas as turmas apresentaram bom desempenho, identificando problemas de seus territórios, analisando-os criticamente e elaborando planos de ação para sua resolução ao final do curso.

Na temática “organização do acesso”, foi discutido o processo de trabalho no que diz respeito a organização do acesso a partir de grupos (demanda livre ou demanda programada), bem como as ações no território, a partir de atividades coletivas, visitas domiciliares, Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros. Ademais, muito se discutiu sobre o trabalho em equipe, onde, na perspectiva de Peduzzi (2001) o trabalho deve ser construído por meio de relação recíproca entre múltiplas intervenções técnicas e pela interação entre profissionais de diferentes áreas. Nessa discussão foi possível perceber que o processo de trabalho nas equipes, em sua maioria, ainda é muito restrito ao consultório, embora algumas ações no território sejam realizadas.

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde não pode se restringir ao espaço do consultório, ele deve se produzir nos encontros cotidianos com os usuários, nos territórios e nas relações que se estabelecem, pois é aí que se concretizam as necessidades e se constroem as possibilidades de cuidado. Desta

forma, a discussão dessa temática possibilitou aos cursistas a ampliação do olhar para as ações no território.

Além disso, discutiu-se o papel do ASB e do TSB no processo de trabalho em saúde bucal, com destaque para a Lei n. 11.889/2008, que reafirma o TSB como ator da assistência, atuando em procedimentos menos invasivos, liberando e otimizando o trabalho do CD, e insere o ASB no campo da promoção e prevenção (Brasil, 2008). Assim, o diálogo construído nesse encontro possibilitou discutir a importância de todos os profissionais da equipe no processo de trabalho das eSB para uma boa resolutividade da APS. Apesar disso, foi possível observar que a atuação do TSB ainda é restrita nos territórios, uma vez que alguns cursistas TSB relataram exercer a função de ASB.

O curso trabalhou a temática da clínica ampliada e ferramentas de gestão do cuidado. Segundo Campos (2003), a clínica ampliada é uma abordagem que visa superar o modelo médico tradicional, centrado na doença, e propõe um cuidado integral, que considera o indivíduo em sua totalidade, incluindo aspectos psicológicos, sociais, culturais e ambientais, além dos aspectos biológicos.

Assim, a abordagem acerca da clínica ampliada para os cursistas quebra com a ideologia da clínica tradicional que muitas vezes é imposta durante a formação em odontologia. Ademais, o conhecimento de ferramentas de gestão do cuidado pode facilitar o processo de trabalho no âmbito da clínica ampliada. Ferramentas como familiograma, ecomapa e projeto terapêutico singular também foram estudados e discutidos neste encontro.

A partir do compartilhamento desse conteúdo foi possível perceber um desconhecimento dos cursistas acerca do conceito de clínica ampliada e das ferramentas de gestão de cuidado, denotando a prática ainda tecnicista presente no processo de trabalho. Assim, a discussão deste conteúdo permitiu à equipe refletir sobre suas práticas, identificar fragilidades no cuidado ofertado e ampliar o olhar para a integralidade, reconhecendo a importância da construção coletiva de planos terapêuticos mais humanizados e centrados nas necessidades reais dos usuários.

Outra temática trabalhada foi planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. Além do diálogo acerca dos conceitos, foi construída uma árvore de problemas a partir dos dados levantados na atividade de dispersão. Logo, houve a oportunidade de refletir conjuntamente as possíveis causas e consequências dos problemas escolhidos, ademais, foi orientado que identificassem e discutissem em grupo estratégias de enfrentamento para os problemas, sendo pelo menos uma estratégia direcionada a assistência e uma direcionada a gestão. Desta forma, foi possível cada eSB refletir conjuntamente sobre os problemas encontrados em seus respectivos territórios.

Adicionalmente, foi possível apresentar o vídeo do Painel MonitoraSB como ferramenta que pode ajudar no monitoramento e avaliação das ações, e na construção da atividade de dispersão, a qual consistiu na escolha de pelo menos um indicador de monitoramento e avaliação para cada estratégia escolhida.

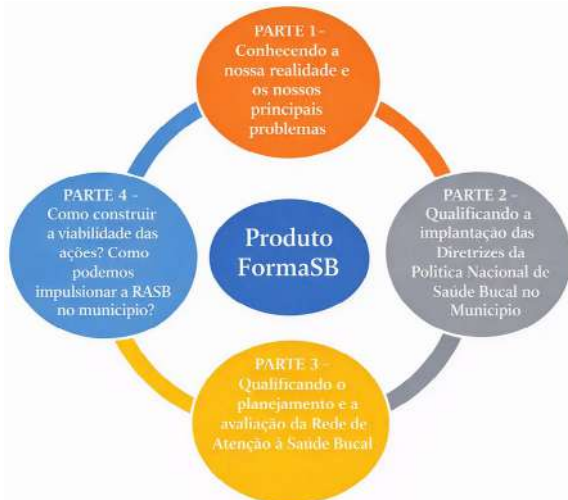
Houve um grande desconhecimento, por parte dos cursistas, acerca dos indicadores de monitoramento. Esse aspecto

evidenciou lacunas na compreensão sobre a importância de mensurar e acompanhar os resultados das ações em saúde bucal, bem como de utilizar dados para orientar a tomada de decisão e o aprimoramento do planejamento das intervenções no território.

O produto final do curso foi elaborado com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES), consistindo em um documento organizado em quatro partes. A parte 1 apresenta as características do município; a parte 2 contempla a seleção dos problemas prioritários, sua explicação e a proposição de estratégias de enfrentamento; a parte 3 trata da seleção de indicadores de acompanhamento; e a parte 4 refere-se à construção da análise de viabilidade para impulsionar as estratégias.

A Figura 3 demonstra os elementos do produto final do curso FormaSB.

**Figura 3.** Elementos constituintes do produto final do curso FormaSB, 2024.



Fonte: Caderno do curso FormaSB, 2024.



Dentre os problemas abordados pelos cursistas, destacaram-se os seguintes: dificuldade de integração com outros membros da equipe de saúde, dificuldade na eliminação da demanda reprimida em áreas mais vulneráveis, dificuldade de acesso, escassez de materiais, dificuldade de criação de vínculo, baixa oferta para reabilitação bucal com próteses para os usuários, falta de avaliação e acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença e falta de um Centro de Especialidades Odontológicas de referência. Assim, por meio do produto final, os cursistas puderam eleger estratégias para o enfrentamento dos problemas citados.

Os cursistas consideraram o curso uma excelente oportunidade para repensar o processo de trabalho em saúde bucal na APS, destacando diversas possibilidades de atuação até então desconhecidas. Segundo os participantes, o curso gerou impactos tanto na prática assistencial quanto na gestão, favorecendo uma atuação mais direcionada aos problemas de saúde identificados no território.

De forma geral, houve maior participação dos cirurgiões-dentistas e ou coordenadores de saúde bucal, em detrimento dos demais membros da equipe. Os coordenadores de saúde bucal, na maior parte dos municípios, exerciam também a função de cirurgiões-dentistas e tiveram maior protagonismo nas falas. Apesar disso, os ASB e TSB participaram e concluíram o curso com êxito.

O processo de tutoria se deu de forma esperada. A atuação possibilitou o acompanhamento sistemático do percurso dos cursistas, permitindo a identificação de dúvidas, dificuldades

e avanços. Desta forma, destaca-se o papel do tutor como um elemento mediador, promovendo a autonomia e o protagonismo dos participantes, ao mesmo tempo em que contribui para a construção coletiva do conhecimento. Além disso, evidenciou-se a relevância da troca de experiências e da adaptação de estratégias pedagógicas às diferentes realidades dos cursistas, favorecendo um aprendizado mais significativo e alinhado ao contexto de cada turma, estado e município.

Durante a execução do curso alguns desafios e limitações foram encontrados. Um dos principais desafios foi a liberação dos municípios para a participação, muitos dos cursistas assistiam aos encontros enquanto estavam trabalhando, o que muitas vezes dificultava a participação mais ativa. Outro ponto foi a instabilidade da internet em unidades de zona rural. Ademais, houve muita resistência dos cursistas em ativar as câmeras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do produto coletivamente pelos cursistas do mesmo município, associado ao conteúdo do curso e a metodologia utilizada, permitiu uma análise ampliada dos problemas relacionados à implementação da Política Nacional de Saúde Bucal e a busca de estratégias de enfrentamento e acompanhamento das ações.

Portanto, acredita-se que o curso FormaSB constituiu uma excelente ferramenta de educação permanente, uma vez

que articulou de forma ativa todos os membros da eSB na busca por soluções práticas e viáveis para os entraves à consolidação da PNSB. Sugere-se que novas edições do curso sejam realizadas, a fim de contribuir para a reorientação do processo de trabalho na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_bucal.pdf). Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício da profissão de Técnico em Saúde Bucal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11889.htm). Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2017.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf). Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 12 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a política nacional de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm). Acesso em: 15 maio 2025.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**, São Paulo, v. 3, p. 51-67, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde no Brasil: análise dos sentidos e movimentos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, supl. 1, e002, 2022.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafios e estratégias. **Ciência**

**& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1345-1354, 2022.

FONSÊCA, L.; BOTAZZO, C. A inserção de técnicos em saúde bucal: questões em disputa na Política Nacional de Saúde Bucal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e210755, 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

TOMA, A. L.; MORAN, J. M. **Comunicação e afetividade na educação à distância**: reflexão sobre as emoções na educação online. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Tecnologias Educacionais) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2003.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2002.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. O caso do “Brasil Sorridente” e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 175-187, 2020.

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

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe na área da saúde**: interações e práticas profissionais. São Paulo: Hucitec, 2001.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. E. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

## CAPÍTULO 12

# PROCURANDO DORY: UMA VISITA À MEMÓRIA DO FORMASB

**Micheline Lins Lobo**

Dory, minha amiga de sempre, acabei de voltar de uma visita à realidade fantástica de Gabriel Garcia Marquez. Antes de viajar, soube que você estava de quarentena. Não por causa de qualquer pandemia, mas devido a uma dessas sequências de percalços que, muitas vezes, acontecem a nós mortais. Uma cirurgia de retirada de vesícula, seguida da exoneração da equipe técnica de Saúde Bucal e, como se não bastasse, uma bicicleta, em plena faixa de pedestre, lhe imobilizou com uma fratura de fêmur. O que lhe restava a não ser a viagem pela literatura e o aconchego de amigos e familiares, não é? Pois bem, resolvi lhe escrever para falar de mim, quer dizer, de nós. Melhor: escrevo para procurar a Dory, não a personagem de um filme, muito menos a Dory inteira. Essa nunca vou achar, nem que me revirasse do avesso. Procuro um recorte da Dory que vive em mim, a que se apresentou inteira e mergulhou no universo do FormaSB para nadar no coletivo

das experiências da nossa saúde bucal. Em um determinado momento, ela fez uma formação que mudou sua percepção das coisas. É sobre isso que quero lhe falar.

Antes, porém, peço um pouco de paciência para alguns desvios. Venho de leituras do fantástico. Além disso, escrevo de um lugar onde o passado e o presente entram na mistura de um futuro incerto, muito provavelmente na sua mítica de linhas reais e imaginárias, especialmente, da nossa Saúde Bucal. Também escrevo em meio à recepção de coisas que assisto sem que haja uma nítida fronteira entre o que é ficção e o que é realidade. Nossa memória está sempre em processo, mas quando o corpo repousa por obrigação, ela precisa de uns suportes como o da escrita. Essa, por sua vez, é semelhante a uma pessoa que, ao atravessar uma correnteza, se segura em galhos de árvores, pedras e outras coisitas que possam contribuir com a travessia, digo, com a expressão mais fiel ao pensamento. Por isso, não estranhe quando eu recorrer a galhos aparentemente soltos na minha narrativa. Para ilustrar o que lhe falei até aqui, abro outro parágrafo e lhe dou um bom exemplo.

Alguns dias atrás, amiga, a realidade me confrontou com um comportamento típico dos comandantes da República de Gilead, da série *O Conto da Aia*. Explico: vi o seu chefe imediato com o dedo apontado para a porta da saída. Ele gritava em tom raivoso, seco e audível a alguns quilômetros de altura, que você estava fora da equipe técnica da coordenação. Mas, ora que bobagem, só porque você lhe falou que não se omitiria em denunciar os desencantos e tramoias no jardim perfeito que só ele acreditava existir?

Pois é, Dory, hoje relembrei seu episódio enquanto assistia à ministra do Meio Ambiente sofrer violência política de gênero no nosso parlamento. O que se via era, além de um racismo inegável, muito machismo e misoginia. O episódio me fez compreender melhor o seu último dia de um caminho de 20 e poucos anos como trabalhadora e gestora técnica de Saúde Bucal. Será que o projeto Gilead está próximo?

Verdade seja dita. A violência de gênero tem muitas nuances. E quando uma mulher não é submissa, a coisa se agrava. Se preta, então, é ainda mais afrontoso. O mais provável é que as relações estejam fadadas ao insucesso. O machismo, sabemos nós, não é exclusividade desta ou daquela ideologia. Ainda assim, não podemos negar que há, no conservadorismo, muito mais empenho em manter a mulher silente, inerte. “Ponha-se no seu lugar”, falou o deputado à ministra. Gilead já é aqui?

Pois é, Dory, como lhe adverti, escrevo como uma pessoa na correnteza do rio se segurando em galhos. Mas vamos ao que disse que queria lhe falar. Trata-se de uma experiência de formação vivenciada entre os meses de agosto a novembro de 2024. Tudo começou após eu ser aprovada em processo seletivo, para a tutoria do FormaSB, uma proposta de Educação Permanente arrojada e inédita do Brasil Sorridente desenvolvida em parceria entre a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do Ministério da Saúde e a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O FormaSB é uma estratégia de educação destinada aos trabalhadores da saúde bucal na APS. Ela foi pensada e

elaborada para apoiar a proposição de diretrizes municipais para implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito dos territórios. Por meio da reflexão e discussão sobre o processo de trabalho em saúde bucal visa sua reorganização e qualificação.

O que primeiro me seduziu nessa tutoria foi o cheiro de liberdade, de diálogos abertos e a possibilidade de construir, a nível nacional, raciocínios múltiplos. A plena colaboração e compartilhamento de experiências diversas com protagonistas das equipes de Saúde Bucal (eSB) e seus coordenadores de centenas de municípios, vários estados, culturas e dialetos diferentes e divergentes foi desafiador. Não sei definir o sentimento que me atravessava, Dory.

Não tenho como lhe esconder que o desafio também trazia algumas angústias. A primeira a ocupar meu universo fora a ansiedade do primeiro encontro com as turmas, afinal de contas, a luta pelo piso salarial e a cobrança por respostas à CGSB estavam postas nas redes sociais. Minha preocupação era se eu, no papel de tutora no processo de aprendizagem, seria confundida como sendo uma representante direta da coordenação-geral e, naquele instante virtual, seria tratada como *persona non grata*. Mas, ao contrário da minha expectativa, no acolhimento houve respeito e cuidado mútuos e, como previsto, as justas angústias e inconformismos salariais sentidos por grande parte dos cursistas foram enfrentadas e tratados nas discussões para além da famigerada repetição de omissão de responsabilidades gestoras. Essas questões foram colocadas no devido lugar, no âmbito das lutas de classes, evitando



o costumeiro equívoco de confundir, de forma ingênua, os papéis de gestão do SUS e a luta sindical.

Para colaborar com o diálogo, trouxemos o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) de Odontologia que pouco ou nada trazem em suas matrizes curriculares, sobre as questões inerentes à formação política dos seus estudantes. As IES são omissas na construção de profissionais politizados e conhecedores das competências e responsabilidades de poderes e órgãos que estão intrinsecamente comprometidos no funcionamento do SUS, como também sobre a importância da atuação sindical para a conquista e preservação dos direitos trabalhistas.

Falo essas coisas, Dory, sem deixar de reconhecer nossa culpa. Para além da formação das IES, a demonstração de indignação nas redes sociais com o pagamento dos baixos salários ou condições de trabalho é plausível, necessário e uma forma de atuação, entretanto, muitas das postagens apresentam erros de competências institucionais ou ataques políticos que nada acrescentam na efetiva conquista do objeto das lutas. Ingenuidade nossa, desconhecimento ou imaturidade?

Mas voltando ao FormaSB, deixa eu lhe contar sobre a experiência dos demais encontros. Os participantes traziam suas vivências para a aproximação do que preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal. Começando pela trilha formativa, a tutoria foi presenteada com um material didático/pedagógico de excelência, diria que o melhor que já tive contato. Durante os encontros síncronos confesso que, por vezes, extrapolei o horário previsto, de tão ricas que foram as abordagens dos

assuntos propostos. Obviamente, o tempo era estendido com prévia pactuação com os alunos.

Dory, talvez esteja me estendendo muito, mas é porque tem muita coisa para contar. Ainda não falei dos encontros síncronos que se sucederam quinzenalmente. Ao todo, foram seis. Sempre intercalados por atividades de dispersão prévias que serviam como preparatórias para aprofundarmos temas voltados ao empoderamento das eSB e coordenadores no fortalecimento da política municipal de saúde bucal. Evidentemente, com base na Lei n. 14.572, de 8 de maio de 2023, além dos princípios e legislação do SUS.

Na dispersão, a variedade e riqueza dos materiais disponibilizados por meio de tecnologias simples como podcast, SIG, vídeos, fórum ou mesmo textos, tornavam a experiência visceralmente sedutora. Entretanto, poucos se dedicaram a fazer o velho “dever de casa” e contribuir com o estudo prévio, alegando falta de tempo ou outras desculpas quaisquer, penso eu tratar-se de um comportamento omissivo perante o SUS. Mas, aqui entra um dos principais papéis da tutoria que é o de resgatar essas atividades não realizadas e retomá-las no encontro síncrono seguinte. O cuidado com o material fornecido teceu uma rede colaborativa em que profissionais, coordenadores e tutores promoviam uma comunicação não hierarquizada. Isso facilitou o compartilhamento das experiências vivenciadas nos municípios, embasando teoricamente.

A comunicação foi, inclusive, objeto de boas discussões em uma das tardes de encontro síncrono. Qual o alcance da

comunicação assertiva no processo de trabalho de uma eSB? Instiguei esse diálogo, Dory, para promover uma reflexão sobre se estamos, enquanto trabalhadores de Saúde Bucal, comunicando com os outros profissionais na direção da inter e multiprofissionalidade. Para isso, utilizei como exemplo, a relação das eSB com os agentes comunitários de saúde (ACS). Nem sempre é fácil ou profícua, mas reconhecida como potencializadora do trabalho nos territórios.

A discussão abordou o fato de que a estratégia de comunicação proposta deve ir além do que a maioria das eSB já faz com o nome de capacitação, treinamento ou qualificação dos ACS em Saúde Bucal. Nessas formações, o agente de saúde geralmente tem acesso a um rico material sobre escovação, fluoterapia, entre outras informações importantes, mas não encontra espaço para dizer quais as suas reais dúvidas em relação à saúde bucal.

Dory, sabemos nós que produzir conhecimento a partir do que os ACS reconhecem como desafios em suas comunidades, sem lhes trazer material pronto e formatado, pode compor uma estratégia de comunicação mais assertiva e efetiva. Sobre isso, uma das participantes trouxe um exemplo bem interessante.

A colega relatou que, a partir da constatação do alto número de crianças com perdas precoces dos primeiros molares permanentes, uma das ACS de sua equipe propôs aos demais colegas uma importante estratégia de vigilância em saúde bucal. A estratégia previa que, nas visitas domiciliares cotidianas e munidos de material educativo impresso, os ACS demonstravam

a identificação e localização dos primeiros molares permanentes e o comportamento de cuidados e prevenção em saúde bucal que a família deveria tomar. Assim, essa intervenção fez chegar às mães ou responsáveis a importância do cuidado mais específico com aquela região oral. Com isso tornou-se, por meio da atuação dos ACS, a vigilância do primeiro molar permanente nas visitas domiciliares, um potente instrumento de combate às perdas prematuras de importante grupo dentário.

O relato da participante deixa claro que a transformação passa, necessariamente, pelo modo de comunicação inter e multiprofissional. Com a experiência compartilhada, reafirmamos a importância de transformar o ACS como parceiro nos processos de vigilância em saúde bucal. Essa mudança repercute positiva e extraordinariamente no índice de perda precoce de dentes permanentes na realidade brasileira.

Em meio ao protagonismo do ACS, sabemos que muitos se eximem da corresponsabilização e do trabalho compartilhado com as eSB. Para abordar esse aspecto, nossa sugestão foi a demonstração de um documento antigo, mas bastante necessário até hoje. O Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica do Ministério da Saúde (Portaria n. 267 de 06 de março de 2001) já instava, há mais de 20 anos, a participação ativa dessa categoria profissional, discriminando suas atribuições específicas em saúde bucal no seu território de atuação.

- I. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.
- II. Identificar espaços

coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

III. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados (Brasil, 2001).

Ou seja, reforçar diretrizes do Ministério da Saúde sobre essa questão podem fortalecer o se apresentamos a responsabilidade legal instituída, o trabalho colaborativo e efetivo dos ACS, ajudar na sensibilização e será sensibilizado mais facilmente, e aí atrelamos a legislação como instrumento fortalecedor na comunicação inter/multiprofissional.

Nessa direção, minha amiga, tecemos as redes com os integrantes das turmas, trocando experiências reais e alcançando alguns objetivos previstos pelo FormaSB. A experiência levou à compreensão de que o exercício de análise coletiva acerca de processos de trabalho, visando a transformação das práticas e considerando as necessidades dos usuários, fomenta o exercício da autonomia e corresponsabilização. E isso ao mesmo tempo em que ressignifica e/ou produz novos conhecimentos (Brasil, 2018).

Dory, espero que você tenha chegado até este ponto do texto. Eu sei que arrastei a leitura para pontos diversos, mas vivemos tempos em que a realidade é meio distópica. Fiquei certa disso depois que duas mulheres foram ao Senado Federal por estes dias. Uma para explicar sua adesão à divulgação de jogos viciantes, que já se caracterizam um problema de saúde pública, outra, como já falei, para explicar sua adesão à defesa do meio-ambiente. A primeira foi tratada com muita simpatia, e a segunda, com desrespeito. Imagino que sua imobilidade

temporária não lhe impediu de acompanhar as notícias. Sei que, como eu, você deve ter ficado estarecada ao ver que nem o cuidado com a preservação ambiental agrega valor a uma mulher preta insubmissa quando ela se depara com a misoginia. Você deve estar, como eu, se perguntando para onde caminhamos. Em que mundo teremos que pensar a saúde, especialmente a bucal, que nem sempre tem alguma prioridade? Espero que não seja no universo Gilead, onde as mulheres cuidam, mas não discutem sobre questões como saúde, educação ou outros temas importantes. Para que isso não aconteça, precisamos estar de pé para a luta. Vamos, levanta já daí e vem para luta!

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 67, 07 mar. 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 20 out. 2025.

## **CAPÍTULO 13**

# **A TUTORIA COMO PRÁTICA REFLEXIVA NO CURSO FORMASB: UMA EXPERIÊNCIA ENTRE CAMINHOS, DESAFIOS E APRENDIZAGENS**

**Richardson Jorge Almeida Meirelles**

## **INTRODUÇÃO**

Este ensaio se propõe a realizar uma reflexão crítica sobre a experiência que tive como tutor no curso de Formação em Saúde Bucal (FormaSB), as dificuldades enfrentadas, as trilhas que foram construídas coletivamente e as aprendizagens que vieram desta prática pedagógica. O foco da experiência reside na mediação entre teoria e prática no cotidiano do trabalho na saúde bucal, dando-se foco à intersecção entre educação permanente, cuidado e território. Pretende-se discutir também o papel do tutor como agente de transformação e mediação dialógica nos processos formativos da área da saúde.

## **RELATO DA EXPERIÊNCIA**

O curso FormaSB, realizado em parceria com o Ministério da Saúde, teve como finalidade fortalecer a atuação das equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da educação permanente. Com formato híbrido e ampla abrangência territorial, o curso buscou qualificar profissionais, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, em seu processo de trabalho, a partir de uma perspectiva crítica, interdisciplinar e territorializada. Atuei como tutor de uma turma formada por profissionais de diversas regiões, o que conferiu um caráter singular à experiência. A diversidade das realidades e dos desafios locais exigiu escuta atenta e valorização dos saberes situados de cada cursista. Minha atuação ocorreu ao longo de diferentes módulos, com encontros síncronos, acompanhamento assíncrono na plataforma virtual e diálogo constante por meio de fóruns e grupos de mensagens. A experiência foi vivenciada em um cenário desafiador para o SUS, marcado pela sobrecarga das equipes, pela escassez de recursos e pelas tensões entre o cuidado integral e a lógica da produção. Nesse contexto, o curso se apresentou como um espaço potente de resistência e de construção coletiva.

## **A TUTORIA COMO PRÁTICA PEDAGÓGICA CRÍTICA**

Imbuído de Paulo Freire e da concepção de educação popular, concebi a tutoria como uma prática horizontal, dialógica



e problematizadora da realidade. A escuta ativa, o acolhimento das angústias dos cursistas e a valorização dos saberes locais foram elementos estruturantes da condução dos encontros e dos trâmites interpessoais. Seguindo que Freire (2005) defende como um “ensinar que não se reduz a transferir conhecimento”, procurei construir uma leitura crítica do cotidiano dos trabalhadores e do trabalho em saúde bucal. Isso significou, muitas vezes, desconstruir visões tecnicistas da prática e abrir espaço para discussões sobre racismo institucional, determinantes sociais da saúde e o papel político dos trabalhadores do SUS.

## **A DINÂMICA DOS ENCONTROS FORMATIVOS**

Os encontros síncronos foram planejados no formato de rodas de conversa, permitindo que cada cursista apresentasse sua experiência. Por exemplo: uma cirurgiã-dentista relatou a dificuldade de desenvolver ações educativas em escolas e a partir desse relato, o grupo discutiu propostas para viabilizar a integração intersetorial, refletindo sobre o conceito ampliado de saúde.

Nos fóruns assíncronos os debates foram intensos a respeito do papel da saúde bucal no engajamento de ações de promoção da saúde no território. Muitos cursistas manifestaram sua dificuldade em romper com a demanda espontânea para o atendimento clínico e trabalhar com um planejamento mais diversificado. A tutoria, neste aspecto, propôs leituras, estimulou reflexões e, principalmente, legitimou as ansiedades como parte do processo de formação.

## ESTRATÉGIAS E RECURSOS UTILIZADOS

Implantei estratégias pedagógicas variadas, como mapas conceituais, estudos de caso, construção de linha do tempo da trajetória profissional e o uso de vídeos e podcasts, buscando diversificar os métodos de aprendizagem. Em um determinado momento, pedi aos cursistas que desenhasssem o “território do cuidado” que percorrem cotidianamente. Essa atividade, além de lúdica, revelou aspectos importantes sobre a atuação da equipe de saúde bucal, evidenciando vínculos estabelecidos com os pacientes e identificando vulnerabilidades sociais presentes no contexto de trabalho.

Para complementar essas percepções, foram criados dispositivos de escuta coletiva, como rodas de cuidado e encontros temáticos, propostos pelos próprios participantes. Essas ações permitiram que os cursistas compartilhassem experiências, refletissem sobre práticas e fortalecessem laços no grupo. Como resultado, observou-se maior engajamento e sensação de pertencimento, consolidando um ambiente colaborativo e de aprendizagem mais significativo.

## DESAFIOS E TENSÕES

A prática da tutoria demandou também enfrentar importantes desafios. O acesso limitado à internet nas áreas mais periféricas, a falta de tempo dos profissionais devido ao excessivo acúmulo de atribuições, e a falta de incentivo das instituições em alguns locais prejudicaram a adesão de parte dos cursistas.

Outro desafio foi o de lidar com expectativas distintas no que se refere às funções da tutoria. Alguns cursistas esperavam posturas mais diretivas e “instrucionais”, o que exigiu uma constante negociação e explicitação da proposta pedagógica do curso. Aprendi, ao longo deste processo, que o próprio processo de construção da relação de confiança e da horizontalidade é lento, mas é vital para a efetividade da formação.

## **APRENDIZADOS DA EXPERIÊNCIA**

Na tutoria do FormaSB fui estimulado a revisitar conceitos sobre educação, cuidado e o trabalho em saúde. Aprendi que formar em serviço exige abertura para o incompleto, abertura para o diálogo e disposição ética para lidar com a complexidade da realidade. A potência do processo formativo esteve, sobretudo, na oportunidade de criar um espaço-tempo de escuta e de construção coletiva.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de tutoria do curso FormaSB representou uma reafirmação da centralidade da educação permanente como ferramenta de transformação nas práticas de saúde e no viver dos territórios. No difícil cenário dos desafios estruturais enfrentados pelas equipes de Saúde Bucal, o curso funcionou como um espaço de respiro, de reflexão e reforço do comprometimento com o SUS.

Mais do que uma função técnica, a tutoria se revelou como uma postura política e afetiva, da qual se espera do educador a escuta, a provocação, o acolhimento e a mediação dos processos. A escuta atenta aos territórios, o respeito às singularidades do cursista e o compromisso com uma formação crítica e de transformação foram os suportes de toda a trajetória.

Finalizo esse relato acreditando que a educação em saúde deve ser, acima de tudo, um ato de esperança (Freire, 2005), um gesto ético de aposta na potência dos sujeitos e na construção de um SUS mais justo e comprometido com a vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CECCIM, A. F.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde: método para intervenção no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 333-344, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOROSINI, M. V. G.; CORBO, A. D. **Educação e saúde**: o necessário encontro. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Educação permanente em saúde: estratégias na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e saúde**: construindo o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2009.

## **CAPÍTULO 14**

# **POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO CURSO FORMASB: UMA AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA, EVASÃO E PARTICIPAÇÃO EM DUAS TURMAS**

**Wellen Carla da Luz Benfica Costa  
Andréa Clemente Palmier**

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, o acesso à saúde é um direito constitucional efetivado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de organização preconizado para a Atenção Primária à Saúde (APS) é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com as eSB. Em detrimento dos avanços na implantação das Equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de saúde bucal (eSB) somente foram inseridas na APS em 2000, na proporção de uma eSB para duas eSF (Brasil, 2000), relação que ainda se mantém quando considerada a cobertura populacional no Brasil, o que prejudica o acesso aos

serviços, bem como a formação de vínculo e a coordenação do cuidado por parte das equipes

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançadas em 2004, impulsionaram avanços significativos como o crescimento do número de eSB, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Mais recentemente, com a Lei n. 14.572, foi instituída a PNSB como componente do SUS (Brasil, 2023). Uma conquista importante para universalização do acesso aos serviços de saúde bucal.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tem como uma de suas diretrizes o desenvolvimento de uma política de educação permanente em saúde para os trabalhadores da saúde bucal, contexto que motivou a oferta do curso de atualização Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal (FormaSB).

O curso terá duração de três meses e carga horária de 60 horas, sendo 36 horas síncronas, para interações entre tutores e a turma e encontros temáticos com convidados, e 24 horas assíncronas, em atividades com apoio do ambiente virtual de aprendizagem, mantido pela Dedd/UFMG. Os encontros virtuais síncronos serão quinzenais, realizados preferencialmente às sextas-feiras, com duração de quatro horas (UFMG, 2024).

A formação citada, promovida por meio da metodologia da educação *on-line*, foi ofertada prioritariamente para municípios com menos de 20 mil habitantes, mas também oportunizou parte das vagas para municípios de maior porte populacional.

O presente texto busca relatar o percurso formativo de duas turmas do FormaSB avaliando a frequência, a evasão e a participação.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **POTENCIALIDADES DE UMA METODOLOGIA INOVADORA E OUSADA**

Com uma proposta de metodologia inovadora, alicerçada no estímulo à participação ativa dos cursistas, o FormaSB mostrou seu potencial desde o momento de formação dos tutores. Com um grupo coeso e colaborativo, a tutoria foi uma construção leve, guiada por apoiadores com alta qualificação e experiência formativa.

Cada tutor(a) foi responsável pelo acompanhamento de duas turmas, cada uma composta por até 25 cursistas, geralmente agrupados por municípios com proximidade de porte populacional e região. O número adequado de cursistas por turma foi determinante para construção de um ambiente colaborativo extremamente alinhado à proposta pedagógica da formação. Para apoiar a tutoria na condução dos encontros síncronos, foram direcionados monitores, estudantes de graduação e pós-graduação, para as turmas, figura essencial para a execução da proposta nos moldes do plano de ensino.

A organização de cada encontro síncrono envolvia momentos de intensa construção e troca entre os cursistas, com metodologias problematizadoras, permeadas por materiais formativos que ajudavam a consolidar o pensamento do grupo.

É importante destacar a condução menos formal nos grupos de WhatsApp, que, diante da concepção do Moodle como repositório, acabou por estimular a formação de uma rede de discussão ativa, favorecendo maior adesão dos cursistas.

## **UM RECORTE DOS RESULTADOS DE DUAS TURMAS DO FORMASB**

As turmas a que se refere este relato apresentavam composição profissional diversificada. Um dos acertos dessa formação foi a inclusão, na mesma turma, de cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos em saúde bucal e coordenadores de saúde bucal. A presença de todos os integrantes das equipes participantes ampliou o debate, estimulando a reflexão crítica sobre as atribuições de cada profissional diante das demandas de saúde da população. Destaca-se, ainda, o papel dos auxiliares e técnicos na construção e apresentação do produto final, evidenciando a essência do trabalho em equipe

A distribuição dos cursistas por categoria profissional e município está apresentada na Tabela 1. A turma A77 era composta somente por municípios de Minas Gerais, enquanto a turma B138 abrangeu municípios da Região Sul (Pomerode e Rio Pardo) e Centro-Oeste (Mineiros e Primavera do Leste). Embora exista uma predominância de CD, 58%, o formato do curso com a metodologia proposta estimulou a participação de todas as categorias nas atividades, reforçando a estratégia de alcance



multiprofissional da formação. O município com maior número de profissionais foi Primavera do Leste (n=8), seguido por Rio Pardo (n=6).

**Tabela 1.** Composição das turmas A77 e B138, segundo os municípios participantes e a categoria profissional dos cursistas do FormaSB, 2024

Turma	Município	CD	TSB	ASB	Total
A 77	Cachoeira Da Prata (MG)	1	1	0	2
	Fortaleza De Minas (MG)	1	0	0	1
	Lagoa Dos Patos (MG)	2	2	1	5
	Santana De Cataguases (MG)	3	0	2	5
	São Félix De Minas (MG)	2	3	0	5
B 138	Mineiros (GO)	1	0	1	2
	Pomerode (SC)	2	0	0	2
	Primavera Do Leste (MT)	4	1	3	8
	Rio Pardo (RS)	5	0	3	8
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>38</b>

Fonte: Sistema de matrícula do FormaSB. Relatório de composição das turmas.

Na Figura 1 está sinalizada a localização dos municípios com profissionais nas turmas A77 e B138, mostrando o caráter nacional do curso e o esforço para capacitar profissionais em saúde bucal em diferentes contextos locais, respeitando as especificidades e necessidades de cada território.

**Figura 1.** Mapa de localização dos municípios das turmas A77 e B138 do curso FormaSB, 2024



Fonte: Google Maps.

Nessas duas turmas, foi possível verificar alta frequência nas atividades síncronas, com o registro de 36 cursistas e a realização de 12 encontros, totalizando apenas 11 faltas (Tabela 2). Apesar do baixo número de ausências, é importante destacar que as faltas registradas na turma A77 foram quase três vezes superiores às da turma B138, o que pode indicar limitações relacionadas ao acesso à internet, à motivação ou ao apoio institucional nos municípios, apontando a necessidade de investigar possíveis causas associadas.

**Tabela 2.** Número de cursistas e faltas registradas, segundo as turmas A77 e B138 do FormaSB, 2024

	Turma A 77	Turma B 138	Total
Número de cursistas	18	18	36
Faltas registradas	8	3	11

Fonte: Registro da tutoria.

Diversos fatores têm sido apontados como contribuintes para as altas taxas de evasão no Ensino a Distância (EaD) (Silva, 2017), incluindo o modelo pedagógico inadequado. Situações como a falta de interação e suporte no ambiente virtual pode afetar negativamente a experiência do aluno. Para Branco *et al.* (2020, p. 145) entre as causas de evasão estão:

[...] ausência de contextualização e conteúdos pré-programados, excesso de conteúdos, tarefas e falta de clareza sobre a importância dos professores e tutores manterem um diálogo aberto com os participantes para ouvir e conversar, aproximando e engajando o ensino híbrido do mundo digital com o universo dos estudantes.

Não houve evasão nas duas turmas, de modo que todas as pessoas que participaram do primeiro encontro síncrono concluíram a formação e foram certificadas. Esse resultado reafirma a potencialidade da proposta pedagógica e da estrutura do curso, com critérios adequados para a seleção de tutores e monitores, número apropriado de cursistas por turma e uso de ferramenta digital, como o WhatsApp, em complementação à plataforma de

formação Moodle. Os resultados evidenciam a importância da presença ativa do tutor na condução das turmas, atuando não apenas como mediador do conteúdo, mas também como facilitador do processo de aprendizagem, incentivador da participação e apoio diante de dificuldades tecnológicas ou metodológicas. Esse acompanhamento próximo e humanizado contribuiu para manter o engajamento, fortalecer o vínculo entre os participantes e garantir a finalização do curso por todos os cursistas.

Outro ponto que merece destaque foi a proposta de construção de um produto final para cada município, elaborado passo a passo a cada encontro síncrono. Esse produto tinha como objetivo principal mobilizar as equipes a realizarem um diagnóstico dos principais problemas da Rede de Atenção à Saúde Bucal e propor estratégias de enfrentamento e monitoramento das ações.

Dentre os nove municípios participantes, apenas um apresentou dificuldade para entrega do produto final, exigindo uma atuação mais intensa da tutoria e monitoria. Essa construção permitiu uma reflexão sobre o processo de trabalho das equipes e o compartilhamento entre os municípios de soluções para desafios comuns. Os produtos apresentados representaram uma construção coletiva e, ao mesmo tempo, individualizada, que partiu do entendimento do trabalho por todos os trabalhadores das equipes. Destaca-se novamente que envolver profissionais técnicos e auxiliares mostrou o potencial do trabalho multiprofissional das equipes de saúde bucal.

# AS DISPARIDADES SOCIOECONÔMICAS DOS MUNICÍPIOS E O DESAFIO DA FORMAÇÃO NA MODALIDADE ON-LINE

O perfil socioeconômico dos municípios participantes das turmas A77 e B138 revela um cenário heterogêneo (Tabela 3). Na turma A77, houve predominância de municípios de pequeno porte do estado de Minas Gerais, com população mínima de 3.252 habitantes em São Félix de Minas e máxima de 3.781 em Cachoeira da Prata, sendo este o único município com IDH considerado alto (0,720). Na turma B138, todos os municípios apresentam população superior a 30 mil habitantes, sendo Primavera do Leste o mais populoso. Embora Primavera do Leste apresente o maior PIB da turma B138, Pomerode possui o maior IDH. Exceto Rio Pardo, que apresenta IDH médio (0,693), todos os demais municípios estão classificados com IDH alto, acima de 0,7.

**Tabela 3.** Composição das turmas A77 e B138 do curso FormaSB, segundo municípios, população, IDH e PIB. 2024

Turma	Município	População 2024	IDH 2010	PIB 2021
A 77	São Félix De Minas (MG)	3252	0,620	R\$ 13.087,33
	Lagoa Dos Patos (MG)	3285	0,634	R\$ 14.675,29
	Fortaleza De Minas (MG)	3485	0,670	R\$ 24.956,60
	Santana De Cataguases (MG)	3553	0,694	R\$ 12.773,83
	Cachoeira Da Prata (MG)	3781	0,720	R\$ 14.487,20

B 138	Rio Pardo (RS)	35666	0,693	R\$ 36.346,75
	Pomerode (SC)	36392	0,780	R\$ 81.195,67
	Mineiros (GO)	73781	0,718	R\$ 47.334,97
	Primavera Do Leste (MT)	92927	0,752	R\$ 109.043,17

Fonte: IBGE.

Ao trabalhar com duas turmas de municípios tão heterogêneos, foi possível constatar que, embora a educação a distância seja um potente meio de democratização do acesso ao ensino, as possibilidades de interação e participação são marcadamente desiguais. Nos municípios com piores indicadores socioeconômicos e menor porte populacional, os encontros síncronos foram permeados por instabilidade da conexão local, dificuldades de participação por vídeo e menor acesso a equipamentos adequados para essa modalidade de ensino no ambiente de trabalho. Nesses municípios, percebeu-se menor familiaridade dos cursistas com as ferramentas de tecnologia da informação e comunicação, o que exigiu maior proximidade do tutor como estratégia de estímulo à participação e, consequentemente, de enfrentamento da evasão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino *on-line* e a Educação a Distância (EaD) têm desempenhado um papel fundamental na democratização do acesso à educação no Brasil, especialmente em regiões afastadas

dos grandes centros urbanos. Essas modalidades permitem que estudantes de diferentes realidades socioeconômicas tenham acesso a conteúdo de qualidade, cursos superiores e profissionalizantes, sem a necessidade de deslocamento constante. Além disso, promovem flexibilidade de horários, o que beneficia especialmente trabalhadores e pessoas com outras responsabilidades (Hernandes, 2017; Arruda; Arruda, 2015).

Os resultados alcançados nas turmas A77 e B138 do curso Formação em Saúde Bucal: processo de trabalho e implementação municipal da Política Nacional de Saúde Bucal FormaSB apontam o acerto metodológico dessa proposta formativa, que se mostrou adequada mesmo diante da diversidade dos contextos apresentados. A principal limitação na condução do curso esteve relacionada às dificuldades de acesso às tecnologias da informação e comunicação, que se manifestaram de forma distinta nas duas turmas. Apesar desses desafios, como a desigualdade no acesso à internet e à tecnologia, o ensino *on-line* e a educação a distância representam avanços importantes na busca por uma educação mais inclusiva e acessível.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, E. P.; ARRUDA, D. E. P. Educação à distância no Brasil: políticas públicas e democratização do acesso ao ensino superior. **Educação em Revista**, v. 31, n. 3, p. 321-338, jul. 2015.

BRANCO, L. S. A.; CONTE, E.; HABOWSKI, A. C. Evasão na educação a distância: pontos e contrapontos à problemática. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 132-154, jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023.

HERNANDES, P. R. A Universidade Aberta do Brasil e a democratização do Ensino Superior público. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 25, n. 95, p. 283-307, abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 maio 2025.

SILVA, João. A evasão na EaD: uma análise sobre os dados e relatórios, ano base 2017, apresentados pelo Inep, UAB e Abed. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS [UFMG]. Diretoria de Educação a Distância (DEDD). FormaSB, curso de atualização para Equipes de Saúde Bucal, promove aula inaugural no dia 3 de setembro. 2024. Disponível em: <https://www.ufmg.br/dedd/noticia/formasb-curso-de-atualizacao-para-equipes-de-saude-bucal-promove-aula-inaugural-no-dia-3-de-setembro/>. Acesso em: 16 maio 2025.



# LISTA DE AUTORES

## **Ana Maria Freire de Souza Lima**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde Coletiva/UFBA). Professora do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: ana.freire@ufba.br

## **Andréa Clemente Palmier**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia, concentração em Saúde Coletiva (Faculdade de Odontologia/UFMG). Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: acpalmier@ufmg.br

## **Andrezza Martins do Nascimento**

Cirurgiã-dentista. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri. E-mail: andrezza.nascimento@urca.br

## **Carla Rafaela Gomes da Silva**

Cirurgiã-dentista. Mestranda do Programa de Pós-graduação

em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC-UEA). E-mail: [crgds.msc23@uea.edu.br](mailto:crgds.msc23@uea.edu.br).

**Carla Teixeira Peixoto**

Cirurgiã-Dentista. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (RENASF-UFC). E-mail: [carlactodonto@alu.ufc.br](mailto:carlactodonto@alu.ufc.br)

**Doralice Severo da Cruz Teixeira**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP). Pesquisadora colaboradora da Faculdade de Saúde Pública da USP. Ministério da Saúde – Superintendência do Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. E-mail: [doralice.cruz@saude.gov.br](mailto:doralice.cruz@saude.gov.br)

**Elisa Shizuê Kitamura**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Juiz de Fora). Cirurgiã-dentista da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina (MG). E-mail: [elisaskit@gmail.com](mailto:elisaskit@gmail.com)

**Elisete Casotti**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação em Ciências e Saúde (NUTES/UFRJ). Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: [elisetecasotti@id.uff.br](mailto:elisetecasotti@id.uff.br).

**Emilly Godinho Corrêa**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Odontologia com área de concentração em Saúde Coletiva (Pontifícia Universidade Católica do Paraná). E-mail: emillygcorrea@hotmail.com

**Felipe dos Santos Lisboa**

Graduando em Odontologia. Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: lisboafelipe@id.uff.br

**Graziane Ribeiro Couto**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Odontologia (Universidade Federal de Sergipe). E-mail: graziane.funesa@gmail.com

**Guadalupe Sales Ferreira**

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde (Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP). Professora do curso de Odontologia, Universidade Tiradentes. E-mail: guadalupferreira26@gmail.com

**Helenita Corrêa Ely**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Professora aposentada da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: helenitaely@gmail.com

**Isabelly Ribeiro Araújo**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família (Universidade Federal do Ceará). Residente em Saúde da Família e Comunidade na Escola de Saúde Pública do Ceará, E-mail: [dentista.isabelly.ribeiro.araujo@gmail.com](mailto:dentista.isabelly.ribeiro.araujo@gmail.com)

**Joana Danielle Brandão Carneiro**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências, com área de concentração em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), Assessora Técnica na Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. E-mail: [joana.carneiro@saude.gov.br](mailto:joana.carneiro@saude.gov.br)

**Maria Eduarda Andrade dos Passos Ramos**

Graduanda em Odontologia. Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: [mpassos@id.uff.br](mailto:mpassos@id.uff.br)

**Maria Inês Barreiros Senna**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação (Faculdade de Educação da UFMG). Professora do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: [senna@odonto.ufmg.br](mailto:senna@odonto.ufmg.br)

**Marília de Matos Amorim**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana). Professora

da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: marilia.amorim@foufal.ufal.br

**Micheline Lins Lobo**

Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão do SUS (Escola de Saúde Pública da Paraíba). Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba. E-mail: michelinelinslobo@gmail.com

**Mônica Villela Gouvêa**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia Social (Universidade Federal Fluminense). Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: monicagouvea@id.uff.br

**Paulo Frazão**

Cirurgião-Dentista. Doutor em Saúde Pública (FSP/USP). Professor do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: pafrazao@usp.br

**Richardson Jorge Almeida Meirelles**

Cirurgião-Dentista. Doutor em Saúde Coletiva (PPAS IMS/ UERJ). Cirurgião-dentista da Clínica da Família Helena Besserman Vianna – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: richardson\_meirelles@hotmail.com

**Rodolfo Macedo Cruz Pimenta**

Cirurgião-dentista. Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana). Professor do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: [rmcpimenta@uefs.br](mailto:rmcpimenta@uefs.br)

**San Diego Oliveira Souza**

Cirurgião-dentista. Mestre em Odontologia (UnB). Assessor Técnico da Coordenação-geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. E-mail: [sandiego.souza@saude.gov.br](mailto:sandiego.souza@saude.gov.br)

**Thaís Regis Aranha Rossi**

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública (Instituto de Saúde Coletiva da UFBA). Professora do Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia. E-mail: [thais.aranha@gmail.com](mailto:thais.aranha@gmail.com)

**Wellen Carla da Luz Benfica Costa**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Odontologia em Saúde Pública (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais). Diretora de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Vermelho, Minas Gerais. E-mail: [wellenbenfica@gmail.com](mailto:wellenbenfica@gmail.com)



## Publicações Editora Rede UNIDA

### Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

