

SABERES POPULARES EM SAÚDE BUCAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM CONCEIÇÃO DE MACABU-RJ

Popular knowledge in oral health: contributions to health education in Conceição de Macabu-RJ

Saberes populares en salud bucal: contribuciones a la educación para la salud en Conceição de Macabu-RJ

Carlos Dannel Fernandes Cardoso¹
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo²
Nilcimar dos Santos Souza³

RESUMO

Os saberes populares sobre saúde bucal constituem repertórios de cuidado relacionados à memória, às redes familiares e comunitárias e às condições de acesso aos serviços. O objetivo foi analisar como esses saberes são produzidos, compartilhados e mobilizados nas comunidades estudadas e discutir suas contribuições para práticas educativas dialógicas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com moradores adultos de três comunidades periféricas e rurais de Conceição de Macabu-RJ, por meio de rodas de conversa. As narrativas foram examinadas pela Análise Temática Reflexiva. A análise produziu quatro temas: memória da escassez e Odontologia da extração; farmácia doméstica e recursos naturais contra a dor; educação informal e transmissão intergeracional; e demanda por diálogo e humanização do atendimento. Os achados sugerem que reconhecer criticamente esses repertórios pode oferecer subsídios para ações de educação em saúde mais contextualizadas, sem substituir a orientação técnico-científica nem validar práticas potencialmente inseguras.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Cultura Popular. Educação em Saúde.

¹Mestre em Educação em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, Rio de Janeiro.

²Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, Rio de Janeiro.

³Doutor em Ciências. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, Rio de Janeiro.

Autor de Correspondência:

*Nilcimar dos Santos Souza. E-mail: nilcimars@yahoo.com.br

ABSTRACT

Popular knowledge about oral health constitutes a repertoire of care related to memory, family and community networks, and access to services. The objective was to analyze how this knowledge is produced, shared, and mobilized in the studied communities and to discuss its contributions to dialogical educational practices in the Family Health Strategy (FHS). This is a qualitative research study conducted with adult residents of three peripheral and rural communities in Conceição de Macabu-RJ, through conversation circles. The narratives were examined using Reflective Thematic Analysis. The analysis produced four themes: memory of scarcity and extraction dentistry; home pharmacy and natural resources against pain; informal education and intergenerational transmission; and the demand for dialogue and humanization of care. The findings suggest that critically recognizing these repertoires can offer support for more contextualized health education actions, without replacing technical-scientific guidance or validating potentially unsafe practices.

Keywords: Oral Health. Popular Culture. Health Education.

RESUMEN

Los saberes populares sobre salud bucal constituyen repertorios de cuidado relacionados con la memoria, las redes familiares y comunitarias y las condiciones de acceso a los servicios. El objetivo fue analizar cómo estos saberes se producen, comparten y movilizan en las comunidades estudiadas y discutir sus contribuciones a prácticas dialógicas de educación para la salud en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se realizó una investigación cualitativa con residentes adultos de tres comunidades periféricas y rurales de Conceição de Macabu, Rio de Janeiro, Brasil, mediante ruedas de conversación. Las narrativas fueron examinadas mediante Análisis Temático Reflexivo. Se produjeron cuatro temas: memoria de la escasez y Odontología de la extracción; farmacia doméstica y recursos naturales contra el dolor; educación informal y transmisión intergeneracional; y demanda de diálogo y atención humanizada. Los hallazgos sugieren que el reconocimiento crítico de estos repertorios puede aportar elementos para prácticas educativas más contextualizadas, sin sustituir la orientación técnico-científica ni validar prácticas potencialmente inseguras.

Palabras clave: Salud Bucal. Cultura Popular. Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal, quando observada a partir das comunidades populares, não se restringe ao espaço técnico do consultório. Ela aparece nas lembranças de infância, nas histórias de dor, nos nomes atribuídos aos dentes cariados, nas receitas guardadas por mães e avós, nas alternativas improvisadas antes da chegada ao serviço público e no modo como a população interpreta o próprio corpo. Analisar esses saberes, portanto, requer reconhecer que práticas de cuidado são produzidas em contextos históricos, materiais e relacionais.

A formação histórica da saúde bucal no Brasil foi marcada por desigualdades de acesso, predomínio de práticas curativas e expansão tardia de políticas públicas capazes de ampliar a atenção odontológica. Esse percurso ajuda a compreender por que memórias de dor, extração e atendimento condicionado à capacidade de pagamento permanecem presentes em narrativas comunitárias^{1,2}.

Nesse cenário, a educação comunitária aproxima-se da tradição da educação popular ao valorizar participação, cultura local e produção compartilhada de sentidos³. Em Freire, o encontro educativo pressupõe sujeitos que chegam à relação trazendo linguagem, experiência, crenças e memória⁴. Na saúde bucal, essa perspectiva desloca a comunidade do lugar de receptora passiva de recomendações e reconhece os repertórios previamente construídos para enfrentar a dor e organizar o cuidado.

Esse reconhecimento não implica transformar práticas populares em prescrição clínica nem as tratar como equivalentes ao conhecimento científico. O desafio é compreendê-las como parte da experiência de cuidado, identificando seus sentidos culturais, os riscos envolvidos e as oportunidades de diálogo entre usuários e profissionais.



No campo da educação em saúde, abordagens centradas apenas na transmissão de informações mostram-se insuficientes diante de realidades em que o cuidado é aprendido pela oralidade, pela observação e pelas relações de confiança⁵. Políticas e estudos recentes reforçam a importância de estratégias educativas interativas, da autonomia e da participação popular na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como da Educação Popular em Saúde na prática de cirurgões-dentistas⁶⁻⁷.

Política Nacional de Saúde Bucal, articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou a inserção da Odontologia na APS e consolidou a presença das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸. Entretanto, a existência de políticas e serviços não garante, por si só, práticas educativas sensíveis às formas como cada território nomeia problemas, circula conhecimentos e busca respostas para o sofrimento.

Estudos sobre educação em saúde na APS apontam que autonomia e participação exigem mais do que orientações prescritivas: dependem de vínculo, escuta e leitura das condições de vida⁶. Na saúde bucal, investigação recente sobre práticas educativas de cirurgões-dentistas também evidencia tensões entre modelos tradicionais e princípios da Educação Popular em Saúde⁷.

Ao mesmo tempo, a organização do cuidado odontológico na ESF envolve desafios de processo de trabalho, integração da equipe e atuação territorial, aspectos que interferem na possibilidade de desenvolver ações coletivas e educativas de forma continuada⁹. Assim, compreender os saberes populares pode contribuir para aproximar a linguagem profissional das experiências efetivamente vividas pelos usuários.

Nesta pesquisa, os saberes populares são tratados como repertórios socialmente produzidos, transmitidos em redes familiares e comunitárias e mobilizados diante de necessidades concretas. A análise busca compreender tanto sua função no cotidiano quanto os pontos de tensão entre valorização cultural, proteção à saúde e acesso oportuno aos serviços.

A pergunta que orientou o estudo foi: como os saberes populares sobre saúde bucal são produzidos, compartilhados e mobilizados nas comunidades estudadas e que contribuições oferecem para práticas de educação em saúde na ESF?

Como consequência dessa pergunta, o objetivo da pesquisa foi analisar como os saberes populares sobre saúde bucal são produzidos, compartilhados e mobilizados nas comunidades estudadas e discutir suas contribuições para práticas educativas dialógicas na ESF.

MÉTODO

Trata a presente pesquisa de estudo qualitativo realizado em três comunidades periféricas de Conceição de Macabu, município localizado no Norte Fluminense, no estado do Rio de Janeiro: Rhodia, Calçadinha e São Henry. Participaram moradores adultos residentes nesses territórios e, nas rodas de conversa, profissionais vinculados às respectivas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em cada roda, a composição foi de oito participantes, sendo seis moradores da comunidade, um cirurgião-dentista e um agente comunitário de saúde (ACS). Entre os moradores participantes, houve predomínio de mulheres pardas, alfabetizadas, com ensino fundamental incompleto e idades entre 60 e 80 anos, além de uma participante com menos de 30 anos e outra com 90 anos. Os relatos evidenciaram longas trajetórias de vida nas comunidades e memórias relacionadas a formas antigas de atendimento odontológico, práticas de higiene e alternativas populares empregadas para o alívio da dor.

A produção dos dados ocorreu por meio de três rodas de conversa. A roda de conversa foi escolhida porque favorece a circulação horizontal da palavra. Figueirêdo e Queiroz¹⁰ compreendem esse dispositivo como uma metodologia que possibilita diálogo, partilha e produção coletiva de sentidos. Em vez de submeter os participantes a perguntas fechadas, a roda permite que uma lembrança puxe outra, que uma discordância abra uma nuance em forma de riso, espanto ou hesitação, por exemplo. Essa dinâmica é relevante quando



se trata de saberes populares, pois tais saberes raramente aparecem organizados. Eles surgem em histórias, gestos, exemplos e correções feitas entre os próprios participantes.

Foi realizada uma roda em cada uma das comunidades pesquisadas, na seguinte ordem: Rhodia, Calçadinha e São Henry. Os encontros ocorreram entre março e abril de 2025, no período da tarde, com duração aproximada de uma hora cada, encerrando-se por volta das 15 horas. As atividades foram desenvolvidas em salas das unidades da Estratégia Saúde da Família das respectivas comunidades.

A composição dos grupos foi orientada por critérios de elegibilidade previamente definidos, e o recrutamento dos moradores foi realizado com a mediação dos agentes comunitários de saúde, que, por conhecerem os territórios e seus moradores, fizeram os convites de forma oral. Foram considerados elegíveis moradores com idade igual ou superior a 18 anos e residência na comunidade havia pelo menos cinco anos. Foram excluídos menores de 18 anos e pessoas que residiam no território havia menos de cinco anos. O pesquisador responsável conduziu e moderou as três rodas de conversa, utilizando roteiro semiestruturado e estimulando a participação espontânea, sem impor opiniões ou posições aos participantes.

Não foi adotado o critério de saturação para determinar o encerramento da produção dos dados. Cada roda foi finalizada após terem sido abordadas e respondidas as questões previstas no roteiro e contemplados os tópicos previamente estabelecidos no planejamento da coleta, incluindo os questionamentos considerados necessários para responder aos objetivos do estudo.

Foi utilizado roteiro semiestruturado contendo questões sobre modos cotidianos de cuidado bucal, utilização de ervas e plantas diante de dor, inflamação ou inchaço, circulação de saberes entre familiares e vizinhos, interação com profissionais de saúde e experiência de conversar coletivamente sobre o tema. O roteiro também possibilitava que outros conteúdos relacionados aos objetivos da pesquisa fossem explorados à medida que surgissem durante a interação entre os participantes.

As rodas foram audiogravadas por meio de telefone celular de uso do pesquisador. Posteriormente, os registros de áudio foram integralmente ouvidos e convertidos em transcrições digitadas. As transcrições foram revisadas e conferidas pelo próprio pesquisador e, posteriormente, verificadas com a participação dos orientadores, buscando assegurar correspondência entre o material gravado e o texto utilizado na análise.

Os arquivos de áudio e as transcrições permaneceram armazenados no dispositivo pessoal do pesquisador e em serviço de armazenamento em nuvem vinculado à sua conta pessoal de e-mail, cujo acesso dependia das credenciais individuais da conta, restringindo o acesso ao material da pesquisa.

A análise foi orientada pela Análise Temática Reflexiva (ATR), conforme Braun e Clarke¹¹⁻¹³. Nessa abordagem, os temas são compreendidos como construções analíticas produzidas na interação entre os dados, a pergunta de pesquisa, os pressupostos teóricos e a posição interpretativa do pesquisador, e não como categorias que simplesmente emergem dos dados de maneira independente da interpretação. Braun e Clarke¹² definem a análise temática como “um método para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados”. Os autores reforçam que a reflexão não é um detalhe acessório, mas uma dimensão constitutiva do processo analítico.

O processo analítico ocorreu de forma recursiva. Inicialmente, realizou-se a familiarização com as transcrições, mediante leituras sucessivas e registro de impressões analíticas. Em seguida, foram produzidos códigos associados a expressões, imagens, experiências e situações consideradas significativas para a pergunta de pesquisa, incluindo referências à dor sem atendimento, ao “dente como panela”, ao cuidado aprendido com avós e outros familiares, aos “remédios de quintal”, ao medo da extração, à fé relacionada à cura e ao desejo de maior diálogo com o cirurgião-dentista.

Esses códigos foram posteriormente agrupados em padrões provisórios de significado, confrontados com o conjunto das transcrições e sucessivamente revistos, refinados, delimitados e nomeados. Na etapa final, os quatro temas construídos foram articulados à pergunta de pesquisa e à discussão sobre educação em saúde, selecionando-se excertos das falas capazes de sustentar e tornar visível a interpretação desenvolvida¹¹⁻¹³.

A reflexividade foi considerada parte constitutiva do processo de produção e análise dos dados. O pesquisador responsável é morador do município de Conceição de Macabu e atua profissionalmente como cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde, circunstâncias que proporcionaram familiaridade com o território, com o contexto assistencial e com expressões utilizadas localmente. Ao mesmo tempo, essa proximidade poderia gerar assimetrias, expectativas ou constrangimentos decorrentes da relação entre profissional de saúde, pesquisador e participantes, além de influenciar a interpretação do material produzido.

Para reduzir esses efeitos, desde o recrutamento foi explicitado oralmente que a participação era voluntária e que ninguém estava obrigado a participar. Antes do início de cada roda, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta e foram reforçados o caráter voluntário da pesquisa e o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Durante os encontros, os participantes foram orientados a falar apenas sobre conteúdos com os quais se sentissem confortáveis, tiveram liberdade para participar das discussões e interromper ou complementar as falas, e as cadeiras foram dispostas em círculo, buscando favorecer uma relação dialógica e reduzir marcas de hierarquia entre os integrantes. A posição do pesquisador como profissional e morador do município foi considerada criticamente durante a interpretação dos dados, em consonância com a perspectiva reflexiva da ATR¹³.

No âmbito ético, os participantes foram identificados por letras nas transcrições e na apresentação dos resultados, sem divulgação de nomes ou de outras informações pessoais que permitissem sua identificação. Foram preservados, quando necessários à compreensão dos sentidos, elementos da oralidade presentes nos relatos.

Todos os participantes receberam esclarecimentos acerca da pesquisa e assinaram o TCLE, após sua leitura e discussão. O documento informava sobre o caráter voluntário da participação, o direito de retirar o consentimento em qualquer fase do estudo, a ausência de prejuízo em caso de desistência, a preservação da identidade e a possibilidade de análise e publicação dos resultados sem identificação pessoal. As rodas foram audiogravadas após o processo de consentimento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), sob o CAAE nº 76177023.3.0000.5286 e Parecer nº 7.007.125.

RESULTADOS

Foram realizadas três rodas de conversa, uma em cada comunidade investigada (Rhodia, Calçadinha e São Henry), com oito participantes por encontro, conforme a composição prevista no desenho da pesquisa: seis moradores da comunidade, um cirurgião-dentista e um agente comunitário de saúde. Entre os moradores, predominaram mulheres pardas, alfabetizadas, com ensino fundamental incompleto e idades entre 60 e 80 anos; participaram ainda uma pessoa com menos de 30 anos e uma participante de 90 anos. A Análise Temática Reflexiva organizou as narrativas em quatro temas, apresentados no Quadro 1 e desenvolvidos a seguir. Cada tema responde a uma dimensão da pergunta de pesquisa: condições históricas de produção dos saberes, circulação comunitária, formas de mobilização diante da dor e implicações percebidas para o diálogo educativo.

Quadro 1 - Árvore temática final da Análise Temática Reflexiva

Tema	Núcleo analítico	Exemplos empíricos
Memória da escassez e Odontologia da extração	Memórias de acesso restrito, extração, medo e improvisação do cuidado.	Cinza para limpeza dos dentes; atendimento associado a pagamento; expressão “dente como panela”.
Farmácia doméstica e recursos naturais contra a dor	Mobilização de plantas, alimentos, produtos domésticos e medicamentos diante da dor.	Cravo-da-índia, hortelã, raízes, água morna com sal, mamona e produtos industrializados.
Educação informal e transmissão intergeracional	Aprendizagem pela oralidade e pela confiança em familiares, vizinhos e lideranças locais.	Mães, avós, bisavós, rezadeiras, vizinhos; fé e acompanhamento durante o cuidado.
Demanda por diálogo e humanização do atendimento	Desejo de escuta, menor julgamento e reconhecimento da linguagem e das experiências do território.	Medo do julgamento; relatos sobre o modo como o serviço se comunica; valorização da roda como espaço de fala.

Memória da escassez e Odontologia da extração

O primeiro tema reúne narrativas em que o passado odontológico é associado à ausência de profissionais, dificuldade de acesso e procedimentos centrados na extração. Participantes mais velhas recordaram situações em que o atendimento institucional era percebido como distante e em que práticos, inclusive barbeiros, eram lembrados como responsáveis por procedimentos rudimentares.

Nessas narrativas, pagar consulta, suportar a dor ou perder o dente aparecem como possibilidades recorrentes. O relato a seguir mostra como a assistência era percebida como privilégio e como a infância aparece atravessada por práticas de prevenção improvisadas para, por exemplo, a limpeza dos dentes dos filhos:

É verdade. Não era igual hoje pra todos. Pelo menos no papel, né? Não era pra todos. Era só pra quem podia pagar. Era uma coisa bem inacessível. Aí a gente ficou tão assustada com aquilo ali, que a mamãe mandou pegar aquele negócio de cinza do fogão e limpar os dentes para não acontecer aquilo que aconteceu com ela. Então eu e meus irmãos tínhamos tanto medo que, todo dia de manhã e de tarde, a gente pegava a cinza, enchia a boca, esfregava com paninho e os dentes ficavam limpos (Participante D, roda de conversa)

O excerto associa medo, disciplina familiar e improvisação material. A cinza, a água e o pano aparecem como recursos disponíveis em um contexto no qual escova, dentifrício e consulta preventiva não eram mencionados como parte regular do cotidiano. O cuidado doméstico é narrado, portanto, como resposta à experiência de dor e à escassez de alternativas.

As rodas também revelaram linguagem própria para nomear o adoecimento. A expressão 'dente como panela' foi utilizada para descrever um dente 'furado' que retém alimento. Essa imagem mostra como os participantes constroem explicações corporais por analogias com objetos e situações do cotidiano.

Ao comparar passado e presente, participantes reconheceram maior disponibilidade de atendimento pelo SUS, mas mantiveram referências ao medo de extração e à percepção de poucas ações educativas dirigidas a adultos. Desse modo, o tema articula memória de acesso restrito, modos domésticos de prevenção e expectativas atuais em relação ao serviço.

Farmácia doméstica e os recursos naturais contra a dor

O segundo tema reúne práticas caseiras mobilizadas para aliviar dor, inflamação e desconforto bucal. Foram mencionados cravo-da-índia, hortelã, gengibre, saião, salsinha, alho, tanchagem, sapê, raízes, água

morna com sal, cinza e mamona, além de medicamentos, anestésicos tópicos e enxaguatórios. Os relatos indicam um repertório heterogêneo, construído pela experiência, pela confiança em quem ensina e pela urgência de aliviar sintomas.

A circulação desses conhecimentos aparece nas relações de vizinhança. Uma participante relatou que cuidava de um morador com dente inflamado a partir de uma receita ensinada por outra vizinha, mas decidiu não acrescentar hortelã por não ter segurança sobre qual variedade deveria ser utilizada:

Ainda usamos muitos conhecimentos populares. Eu estou cuidando de um vizinho com dente inflamado e a outra vizinha me ensinou a fazer o chá com uns dez dentinhos de cravo-da-índia, deixar morninho e banhar. Se quiser também pode botar hortelã. Mas eu não botei, porque eu não sei se era de tempero ou se era aquele que faz quibe. Aí eu não botei (Participante C, roda de conversa).

O trecho evidencia transmissão e prudência dentro do próprio repertório popular: a participante não apenas reproduz a orientação, mas estabelece um limite quando não reconhece o ingrediente. Outro relato descreveu o uso de uma raiz oferecida por um vizinho e a percepção de alívio rápido da dor:

Tenho um vizinho que, quando alguma pessoa do bairro sentia dor de dente, trazia uma raiz que eu não sei o nome. Mandava mastigar a raiz e aí melhorava a dor do dente. Ele sempre trazia essas coisas. A raiz adormecia a dor. Dez minutos e a pessoa já dava aquela aliviada (Participante B, roda de conversa).

A expressão 'adormecia a dor' registra um efeito percebido, sem constituir comprovação farmacológica. O relato também mostra que o enfrentamento da dor mobilizava pessoas da vizinhança e recursos disponíveis fora do serviço formal.

Algumas narrativas envolveram práticas potencialmente lesivas, como o uso de leite de mamona associado à ruptura do dente em relatos de autoextração. No material empírico, essas práticas aparecem como memórias de soluções adotadas diante da dor e da dificuldade de acesso, e não como recomendações clínicas.

Os relatos mostraram ainda que recursos naturais e produtos industrializados não formam universos separados. Uma mesma pessoa pode combinar chá, raiz, medicamento de farmácia, anestésico tópico ou enxaguatório, selecionando alternativas conforme disponibilidade, experiências anteriores e confiança nas orientações recebidas.

Educação informal e transmissão intergeracional

O terceiro tema evidencia que mães, avós, bisavós, vizinhos e rezadeiras ocupam lugar central na aprendizagem do cuidado. As narrativas situam essa transmissão na cozinha, no quintal, ao lado do fogão, no cuidado de crianças com dor e nas conversas entre moradores. O conhecimento é ensinado e corrigido em relações próximas, sem depender exclusivamente de espaços formais de educação em saúde.

Participantes sintetizaram essa circulação ao afirmar que os saberes vêm de avós e tios e 'vão passando de geração em geração'. O conhecimento popular demonstra valor ao ser associado à confiança em pessoas próximas e à memória de alívio em situações concretas, como destaca a fala a seguir, na qual a dimensão da fé também apareceu explicitamente:

A gente tem fé. O negócio aí é a fé. A confiança que aquilo vai curar. Se não tiver, não adianta. Qualquer coisa, se não tiver fé, não adianta. Quando a dor vai parando, a gente dorme. Alguém fica vigiando, porque pode queimar e dar frio (Participante C e Participante D, roda de conversa).

No excerto, a fé é associada à expectativa de melhora e ao acompanhamento de quem está em sofrimento. Ao mesmo tempo, a menção à necessidade de 'ficar vigiando' indica que os próprios participantes reconhecem possibilidade de efeitos indesejados em determinadas práticas.

A transmissão intergeracional mostrou-se predominantemente oral e vinculada a episódios concretos de dor, inflamação e cuidado. Receitas, nomes de plantas, modos de preparo e sinais observados circulam como memória prática e são reelaborados pelos moradores ao longo do tempo.

As mulheres apareceram com especial frequência nessas narrativas: mães, avós e rezadeiras foram lembradas como responsáveis por receitas, cuidado de crianças, apoio a vizinhos e mediação entre sofrimento e busca de solução. Esse padrão foi particularmente visível entre as participantes mais velhas.

Demanda por diálogo e humanização do atendimento

O quarto tema reúne relatos sobre a necessidade de escuta no contato com os serviços. Os participantes não apresentaram rejeição ao conhecimento técnico; ao contrário, expressaram interesse por orientação, mas associaram a possibilidade de falar sobre práticas caseiras ao modo como percebem acolhimento ou julgamento por parte do profissional.

Nas rodas, o atendimento mais humano foi relacionado à possibilidade de contar a própria história, explicar o que já havia sido usado para aliviar a dor e fazer perguntas sem constrangimento. A preocupação não se restringiu à quantidade de informação oferecida, mas ao tipo de relação estabelecida durante o cuidado.

A própria dinâmica da roda favoreceu a circulação da palavra: ao apresentar o encontro como espaço em que os moradores eram os principais conhecedores de seus repertórios populares, o mediador estimulou relatos, complementações e discordâncias entre participantes. Esse movimento ampliou a quantidade e a diversidade de experiências narradas.

O medo também atravessou esse tema. Memórias de extração, dor e dificuldade para pagar atendimento foram associadas à imagem do cirurgião-dentista, produzindo ambivalência entre a necessidade de procurar o serviço e o receio de julgamento ou de procedimentos dolorosos.

Relatos como o uso de cinza para higiene e de plantas para alívio da dor condensam dimensões materiais e relacionais: ausência ou distância do serviço, improvisação, aprendizado familiar e busca de proteção com recursos disponíveis. Esses elementos ajudam a explicar por que os saberes continuam sendo mobilizados mesmo quando há maior oferta de cuidado formal.

Os participantes também citaram pessoas da comunidade que funcionam como referências para obtenção de informações e ajuda. Embora o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) não tenha sido investigado como tema específico, as falas sobre vizinhança, lideranças e circulação de informações apontam para redes territoriais que podem mediar a relação com a unidade de saúde.

Em conjunto, os quatro temas mostram que os saberes populares são produzidos a partir de experiências de acesso e sofrimento, compartilhados por relações de confiança e mobilizados para responder a necessidades imediatas. A demanda por diálogo conecta esses repertórios às práticas de educação em saúde na ESF.

DISCUSSÃO

A articulação dos quatro temas indica que os saberes populares em saúde bucal desempenham funções simultâneas: oferecem respostas práticas à dor, preservam memórias e vínculos comunitários e tornam visíveis lacunas de acesso e comunicação com os serviços. Essa interpretação aproxima os achados de estudos que defendem abordagens educativas participativas na APS e apontam a importância de autonomia e participação popular, em contraste com modelos centrados apenas na transmissão de informações⁵⁻⁷.

A memória da escassez e da extração deve ser lida no contexto da trajetória brasileira de desigualdades no cuidado odontológico¹⁻². Nos relatos, a cinza usada para higiene e o atendimento percebido como acessível apenas a quem podia pagar não aparecem como curiosidades isoladas, mas como marcas de experiências sociais que continuam influenciando expectativas e medos. Ao mesmo tempo, estudos sobre o processo de trabalho na ESF mostram que a ampliação institucional da saúde bucal convive com desafios de integração, territorialização e continuidade das ações⁹.

Quando uma mulher idosa relata o uso da cinza para limpar os dentes, a informação não deve ser recebida apenas como curiosidade. Ela revela ausência de escova, improvisação doméstica, disciplina materna, medo da dor e tentativa de manter higiene com os recursos disponíveis. As participantes reconhecem diferenças entre passado e presente, embora permaneçam críticas quanto à insuficiência de ações educativas para adultos. O direito formal não elimina os medos, as imagens e os hábitos acumulados. Por isso, a Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental para transformar a lembrança da extração em ponto de partida para discutir preservação dentária, prevenção, tratamento conservador e vínculo com a equipe. Ela deve ser lida como um arquivo social do território.

A demanda por diálogo também se liga ao medo. Em comunidades onde a odontologia foi associada à extração, ao pagamento difícil ou à dor, a figura do dentista pode carregar contradições. O usuário precisa de atendimento, mas teme julgamento, procedimento doloroso ou perda do dente. A educação comunitária pode reduzir essa distância ao mostrar que o profissional reconhece a história local. Quando a equipe pergunta sobre práticas populares, não para ridicularizá-las, mas para compreendê-las, produz um tipo de vínculo que favorece prevenção e adesão ao tratamento.

O tema da farmácia doméstica mostra que plantas e outros recursos caseiros são incorporados ao cuidado por meio de experiências familiares e comunitárias. Pesquisa qualitativa recente sobre plantas medicinais, saúde bucal e SUS identificou conhecimentos e práticas entre equipes de saúde bucal e agentes comunitários, destacando a necessidade de qualificação profissional para orientar o uso de forma segura¹⁴. Em outros estudos, saberes familiares sobre saúde bucal infantil mostraram-se fortemente atravessados por experiências individuais e do núcleo familiar¹⁵. Os dados de Conceição de Macabu acrescentam a essa literatura a importância das redes de vizinhança e da prudência popular observada quando participantes reconhecem limites do próprio conhecimento.

Essas contribuições ajudam a compreender que as práticas populares não aparecem fora do sistema de saúde. Elas entram no consultório com o usuário, ainda que muitas vezes permaneçam não ditas por vergonha ou receio de censura. Uma participante relatou o cuidado prestado a um vizinho com dente inflamado e mostrou como o saber circula entre moradores.

A transmissão intergeracional e o vocabulário local reforçam a pertinência de práticas educativas que partam do repertório dos sujeitos sem confundir reconhecimento cultural com validação clínica. A educação popular, conforme Freire e Gadotti, compreende o diálogo como relação entre sujeitos e valoriza a produção coletiva de sentidos³⁻⁴. Pesquisa sobre Educação Popular em saúde bucal também encontrou tensões entre práticas educativas tradicionais e princípios participativos na APS⁷. Assim, expressões como 'dente como panela' ou 'adormecer a dor' podem funcionar como pontos de partida para conversas sobre processos biológicos, riscos e necessidade de atendimento, sem apagar a linguagem comunitária.

Há, também, uma linguagem própria para nomear o processo de adoecimento. A expressão dente como panela, mencionada nas rodas para designar o dente furado que acumula alimento, possui grande relevância. O termo não equivale ao diagnóstico técnico, mas oferece uma ponte para explicar cárie, cavidade, retenção de resíduos, dor e inflamação. Estudos sobre comunicação em saúde em contextos interculturais também reforçam a necessidade de reconhecer repertórios linguísticos e culturais no encontro entre profissionais e usuários¹⁶. No território, a consciência crítica não nasce da negação da cultura local, mas de sua problematização compartilhada⁵. A comunidade não aguarda passivamente a chegada do saber técnico. Ela aprende, ensina, compara e corrige. O educador em saúde que deseja construir vínculo precisa entrar nessa conversa como interlocutor¹⁷⁻¹⁸.

A demanda por escuta observada nas rodas converge com experiências comunitárias de saúde bucal em que usuários e trabalhadores valorizaram relações educativas e assistenciais participativas e a aproximação com espaços do território¹⁶.

O estudo foi realizado em um único município e as narrativas apresentadas refletem a composição específica das rodas, com presença marcante de mulheres idosas, o que limita a transferência dos achados para outros grupos e territórios. Além disso, o pesquisador é cirurgião-dentista do município e atua na região, posição que favorece compreensão do contexto, mas pode influenciar a liberdade das falas e a própria construção interpretativa. Na ATR, essa influência não é eliminada; precisa ser explicitada e examinada reflexivamente¹³. Estudos futuros podem incluir maior diversidade etária e de gênero, outros territórios e desenhos que comparem perspectivas de usuários, ACS e equipes de saúde bucal. A dimensão comunitária discutida por Gadotti contribui para situar essas possibilidades como relações de produção de conhecimento, e não como simples transferência de técnicas³.

CONCLUSÕES

Os achados mostram que os saberes populares em saúde bucal, nas comunidades estudadas, são produzidos em experiências de acesso restrito, dor e cuidado doméstico; compartilhados principalmente por relações familiares e de vizinhança; e mobilizados por meio de plantas, produtos caseiros, medicamentos e redes de apoio. As narrativas também expressaram demanda por escuta e por formas menos julgadoras de comunicação com o serviço.

Esses resultados sugerem potencial para que tais repertórios sejam utilizados como subsídio a práticas educativas dialógicas na ESF, e não demonstram, por si só, que sua valorização produza melhora clínica, adesão ou autonomia. Rodas de conversa, uso cuidadoso do vocabulário local e perguntas sobre práticas domésticas podem favorecer a identificação de dúvidas, riscos e barreiras de acesso quando integrados ao cuidado técnico-científico.

Em relação às plantas medicinais, a implicação educativa central é reconhecer que seu uso faz parte da experiência comunitária e criar espaço para que os usuários relatem o que utilizam, como preparam e em quais situações. Esse diálogo deve ser acompanhado de orientação sobre limites do alívio sintomático, possibilidade de efeitos adversos e sinais que exigem atendimento, sem transformar relatos populares em prescrição ou validar procedimentos potencialmente inseguros.

A formação e o trabalho em saúde bucal podem se beneficiar de experiências territoriais e participativas que articulem escuta, educação em saúde e acesso ao cuidado. O cirurgião-dentista que conhece o vocabulário local, identifica mediadores comunitários e compreende a história de acesso ao cuidado tem melhores condições de situar suas orientações na realidade dos usuários. Essa aproximação, porém, deve preservar critérios de segurança e de direito à informação baseada em evidências.

A saúde é direito fundamental e sua garantia depende de políticas e condições concretas de acesso, conforme a Lei nº 8.080/1990. Nesse sentido, os relatos sobre dor sem atendimento e soluções improvisadas também podem ser lidos como indicadores de necessidades do território que ultrapassam a dimensão educativa e exigem organização dos fluxos assistenciais.

As conclusões devem ser lidas à luz das limitações do estudo: realização em um único município, composição específica dos participantes e posição do pesquisador como cirurgião-dentista atuante na região. Esses aspectos restringem generalizações e podem ter influenciado a produção e a interpretação das falas.

Pesquisas futuras podem explorar os mesmos temas em outros territórios, incluir grupos mais diversos e examinar, de modo específico, como profissionais e usuários negociam saberes populares durante atendimentos e ações coletivas. Também é pertinente investigar efeitos de estratégias educativas dialógicas sobre comunicação, segurança do cuidado e acesso aos serviços.

Conclui-se que os saberes populares constituem uma dimensão relevante da experiência comunitária em saúde bucal e podem informar o planejamento de práticas educativas mais contextualizadas na ESF, desde que sejam abordados criticamente e articulados ao conhecimento científico, à segurança e ao direito ao cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 [citado 13 ago 2026]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ty266>
2. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCL, Rossi TRA, Barros SG, Cruz DN. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [citado 13 ago 2026];22(6):1805-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.22972016>
3. Gadotti M. Educação popular, educação social, educação comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum. Revista Dialogos: pesquisa em extensão universitária [Internet]. 2012 [citado 13 ago 2026];18(1):10-32. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rdl/article/view/3909>
4. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
5. Falkenberg MB, Mendes T, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cien Saude Colet [Internet]. 2014 [citado 13 ago 2026];19(3):847-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
6. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021 [citado 13 ago 2026];25:e200806. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>
7. Amarante LF, Forte FDS, Nuto SAS. Educação Popular na saúde bucal: análise de práticas educativas na Atenção Primária. Physis [Internet]. 2024 [citado 13 ago 2026];34:e34086. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434086pt>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado 13 ago 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/saude-bucal>
9. Oliveira MTP, Farias MR, Vasconcelos MIO, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. Physis [Internet]. 2022 [citado 13 ago 2026];32(1):e320106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>
10. Figueirêdo AAF, Queiroz TN. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: Desafios Atuais dos Feminismos; 2012; Florianópolis, SC. Anais Eletrônicos [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012 [citado 13 ago 2026]. p. 1-10. Disponível em: https://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1384186533_ARQUIVO_AlessandraAniceto.pdf
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006 [citado 13 ago 2026];3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
12. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health [Internet]. 2019 [citado 13 ago 2026];11(4):589-97. DOI: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

13. Braun V, Clarke V. A critical review of the reporting of reflexive thematic analysis in Health Promotion International. Health Promot Int [Internet]. 2024 [citado 13 ago 2026];39(3):daae049. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daae049>
14. Teixeira GB, Conceição AO. Plantas medicinais, saúde bucal e SUS: uma difícil integração das políticas públicas no interior da Bahia? Physis [Internet]. 2023 [citado 13 ago 2026];33:e33085. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333085>
15. Oliveira CL, Lenz MLM, Garcia R, Faustino-Silva DD. Percepções e saberes da equipe de saúde e de familiares de crianças menores de dois anos sobre a atenção em saúde bucal infantil na Atenção Primária à Saúde. Tempus Actas Saude Colet [Internet]. 2020 [citado 13 ago 2026];13(3):61-77. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i3.2613>
16. Kinasz R, Sanches MA, Garbelini MCDL, Sanches LC. Imigração de haitianos: enfoque na comunicação em saúde. Espac Saude [Internet]. 2023 [citado 13 ago 2026];24:e893. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2023v24.e893>
17. Carvalho DMCF, Mafra TF, Melo DCS, Monteiro IS, Melo MMDC. O olhar de usuários, residentes e trabalhadores sobre uma intervenção em saúde bucal de abordagem comunitária na ESF do campo. Rev ABENO [Internet]. 2022 [citado 13 ago 2026];22(2):1701. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1701>
18. Fonseca AF, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. APS Rev [Internet]. 2021 [citado 13 ago 2026];3(3):210-23. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.218>

