

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

Michelle Ribeiro de Sequeira

Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ivone Evangelista Cabral

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Rio de Janeiro, Brasil.  
2017.

Michelle Ribeiro de Sequeira

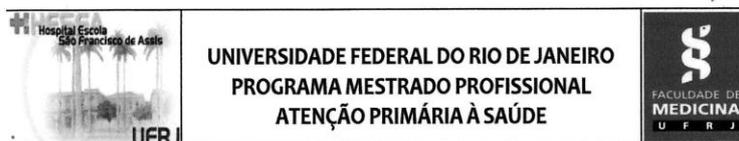
**Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma  
ferramenta de avaliação de quarta geração**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivone Evangelista Cabral

Rio de Janeiro

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM  
SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 10 horas do dia 16 de outubro de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em **Saúde Coletiva**, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. A dissertação intitulada "Vozes de Adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na Construção de uma Ferramenta de Avaliação de Quarta Geração" foi apresentada pela candidata Michelle Ribeiro de Sequeira, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ/HESFA, sob registro nº 115211609 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Ivone Evangelista Cabral (CPF: 570913587-91), Márcia Assunção Ferreira (CPF: 739471997-91), Márcia Pereira Alves dos Santos (CPF: 022094287-00) em sessão pública, no prédio do HESFA/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Auditório, sito a Endereço: HESFA. Rua Afonso Cavalcanti, 20 – Cidade Nova, CEP nº 20.211-110 – Rio de Janeiro. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, o candidato foi arguido oralmente. Os membros da banca deliberaram, considerando a presente dissertação (X) APROVADA ( ) REPROVADA ( ) APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

*Dissertação de mestrado profissional de relevância prática no campo da atenção primária à saúde na interface com a educação. A aplicação da avaliação de quarta geração, componente "participação do usuário" da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi uma opção metodológica que respondeu o objeto de estudo e contribuiu para a geração do dispositivo de avaliação por usuários da estratégia de saúde bucal (ESB) no PMAQ-AB Saúde Bucal.*

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientador: Ivone Cabral

1º Examinador: Márcia de Assunção Ferreira

2º Examinador: Márcia F. Alves dos Santos

Candidata: Michelle Ribeiro de Sequeira

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

## DEDICATÓRIA

*Quando uma mulher, de certa tribo da África sabe que está grávida, segue para a selva com outras mulheres e juntas rezam e meditam até que aparece a “canção da criança”.*

*Quando nasce a criança, a comunidade se junta e lhe cantam a sua canção. Logo, quando a criança começa sua educação, o povo se junta e lhe cantam sua canção.*

*Quando se torna adulto, a gente se junta novamente e canta.*

*Quando chega o momento do seu casamento a pessoa escuta a sua canção.*

*Finalmente, quando sua alma está para ir-se deste mundo, a família e amigos aproximam-se e,*

*igual como em seu nascimento, cantam a sua canção para acompanhá-lo na viagem.*

*Nesta tribo da África há outra ocasião na qual os homens cantam a canção.*

*Se em algum momento da vida a pessoa comete um crime ou um ato social aberrante, o levam até o centro do povoado e a comunidade forma um círculo ao seu redor. Então lhe cantam a sua canção.*

*A tribo reconhece que a correção para as condutas antissociais não é o castigo; é o amor e a lembrança de sua verdadeira identidade.*

*Quando reconhecemos nossa própria canção já não temos desejos nem necessidade de prejudicar ninguém.*

*Teus amigos conhecem a "tua canção" e a cantam quando a esqueces.*

*Aqueles que te amam não podem ser enganados pelos erros que cometes ou pelas escuras imagens que mostras aos demais. Eles recordam tua beleza quando te sentes feio, tua totalidade quando estás quebrado, tua inocência quando te sentes culpado e teu propósito quando estás confuso.*

Tolba Phanem.

*Aos adolescentes usuários do  
Sistema Único de Saúde.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Tempo, ao Vento ao Fogo e às Águas pela energia que faz meu corpo se manter vivo, colorido e vibrante.

Agradeço à sincronicidade do universo por ter propiciado, ao longo da minha vida e durante esta recente trajetória, momentos – encontros e desencontros – fundamentais para a minha construção, desconstrução e reconstrução tão necessários ao meu crescimento e amadurecimento enquanto mulher, filha, irmã, amiga e profissional.

Agradeço também pela generosidade da vida por ter me apresentado pessoas tão especiais que aceitaram caminhar em minha companhia.

À minha família, Manuel, Claudia e Bárbara, um alicerce repleto de afetos que me permite sempre recomeçar e reinventar.

Ao meu amor, Rodrigo, pela compreensão, companheirismo, transbordamento de sentimentos e por sempre “cantar a minha canção”.

Às minhas amigas-irmãs, Luisa, Lúcia e Ísis pelo prazer da companhia e compartilhamento de tantos momentos importantes de nossas vidas.

À minha querida amiga-mestra, Maria Lúcia por todo apoio, amor, amizade e por sempre acreditar em mim.

Aos meus FOCAS (Força e Amor), Fábio, Carolina, Bianca, Philipp, Laís, Renata, Juliana e Larissa, amigos especiais e companheiros deste curso, pelo apoio, compreensão e amor.

Aos meus amigos pulsantes e companheiros de militância da Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro pelo aprendizado, amizade e perseverança.

À minha orientadora, Ivone Cabral, pela parceria de trabalho e aprendizado partilhado nesses dois anos.

Aos membros da banca avaliadora pela parceria e generosidade.

## RESUMO

### **Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração**

Michelle Ribeiro de Sequeira

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Evangelista Cabral

SEQUEIRA, Michelle Ribeiro de. Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração. Orientadora: Ivone Evangelista Cabral. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 112 p.

**Objetivos:** Avaliar as ações de Promoção da Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola (PSE) a partir da perspectiva do adolescente usuário; analisar como as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas se manifestam nas vozes dos adolescentes; discutir a visão de saúde bucal na perspectiva dos adolescentes que foram expostos as ações de promoção da saúde bucal; e propor um dispositivo que favoreça a participação social do adolescente na avaliação das ações de promoção da saúde bucal no PSE. **Método.** Estudo qualitativo com abordagem avaliativa de quarta geração baseado nos pressupostos da pesquisa participante, pois favoreceu a participação dos atores envolvidos no desenvolvimento das ações de saúde bucal nas escolas. Aplicou-se três (03) grupos focais mediados pela arte com 13 adolescentes estudantes de uma escola municipal da área programática 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, cenário de atuação de equipes de saúde bucal vinculadas ao PSE. A análise de conteúdo temática foi aplicada para elicitar os núcleos de sentidos das vozes dos adolescentes e constituir as categorias: Ações de Promoção de saúde bucal, Educação em Saúde, Promoção da Saúde para além da saúde bucal e Prevenção de doenças. **Resultados.** As ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas estão mais centradas em um modelo higienista e assistencialista, realizado por meio de avaliação da saúde bucal, entrega de kits de higienização e ausência de uma prática pedagógica produtora em saúde. Além disso, a reflexão e aprendizado proporcionados pelas práticas de educação em saúde se configuraram como as principais estratégias para o desenvolvimento das ações de saúde e que as experiências vividas com a família e na escola são importantes para construir a rotina de cuidados em saúde. **Conclusão.** Os adolescentes reivindicaram melhoria na qualidade dos kits de saúde bucal; maiores informações sobre o seu estado de saúde; maior participação no planejamento e execução de ações; e a inclusão de outros temas de saúde relacionados à adolescência. Como produto desta pesquisa, foi elaborado um dispositivo avaliativo que favorece a participação dos alunos, usuários do programa.

**Palavras-chave:** Saúde Escolar; Adolescente; Política de Saúde; Promoção de Saúde; Saúde Bucal.

Rio de Janeiro  
2017

**ABSTRACT**

Michelle Ribeiro de Sequeira  
Adviser: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Evangelista Cabral

SEQUEIRA, Michelle Ribeiro de. Teen Voices on Oral Health Actions in the construction of a fourth generation assessment tool. Supervisor: Ivone Evangelista Cabral. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 112p.

**Objectives:** To evaluate the actions of Oral Health Promotion in the Health School Program (called Programa Saúde na Escola - PSE) from the perspective of the adolescent users health system; to analyze how the actions of oral health promotion carried out in schools are manifested in the voices of adolescents; to discuss the vision of oral health from the perspective of adolescents who were exposed to actions to promote oral health; and propose a device that favors the social participation of the adolescent in the evaluation of the oral health promotion actions in the PSE. **Method.** A qualitative study with a fourth generation evaluative approach based on the presuppositions of the participatory research, as it favored the participation of the actors involved in the development of oral health actions in schools. Three (03) art-mediated focus groups were applied to 13 adolescent students from a city hall school in the program area 2.1 of the Rio de Janeiro city, wherein the oral health teams of PSE had intervened. The thematic content analysis was applied to elicit the sense nuclei of the adolescents' voices and constitute the following categories: Oral Health Promotion Actions, Health Education, Health Promotion beyond Oral Health and Disease Prevention. **Results.** The actions of oral health promotion carried out in schools are more centered on a hygienist and assistance model, performed through oral health evaluation, delivery of hygiene kits and absence of a pedagogical practice in health. In addition, the reflection and learning provided by health education practices were the main strategies for the development of health actions and that the experiences lived with the family and at school are important to build the routine of oral health care. **Conclusion.** The adolescents claimed improvement in the quality of oral health kits; information about your state of health; greater participation in the planning and execution of actions; and the inclusion of other health topics related to adolescence. As a product of this research, an evaluation device was developed that favors the participation of adolescent students, as Users of the program.

**Key words:** Health School; Adolescents; Health Policy; Health Promotion; Oral Health.

**LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS**

Quadro 01.	Planejamento dos Grupos focais – Perguntas disparadoras.	47
Quadro 02.	Saturação das unidades de contexto e respectivas unidades de registro nos grupos focais.	50
Tabela 01.	Caracterização do Grupo de Interesse da pesquisa.	53
Gráfico 01.	Primeiro ano de participação dos 13 adolescentes em ações de saúde bucal nas escolas.	54

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 01.	Linha do tempo – Saúde Escolar.	36
Figura 02.	Sala de artes.	45
Figura 03.	Material gráfico produzido no grupo focal nº 01.	48
Figura 04.	Material gráfico produzido no grupo focal nº 02.	48
Figura 05.	Material gráfico produzido no grupo focal nº 02.	49
Figura 06.	Material gráfico produzido no grupo focal nº 02.	49
Figura 07.	Higiene e cuidados com o corpo.	67
Figura 08.	Saúde começa pela boca.	68
Figura 09.	10 Dicas para combater o mau hálito.	68
Figura 10.	Atividade física – dança.	69
Figura 11.	Alimentação saudável.	71
Figura 12.	Criança com dentes cariados.	72
Figura 13.	Gengiva saudável e não saudável.	77

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**Anexo A** – Questionário dos alunos

**Apêndice A** – Termo de consentimento livre e esclarecido (alunos)

**Apêndice B** – Termo de Assentimento (alunos)

**Apêndice C** – Parecer consubstanciado do CEP

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária em Saúde  
ACD – Auxiliar de Consultório Dental  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAB – Caderno de Atenção Básica  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CIESE – Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola  
CIEP – Centro Integrado de Educação Pública  
CRE - Coordenadoria Regional de Educação  
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria  
DPNSB – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal  
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação  
Oswaldo Cruz  
EPS – Escolas Promotoras de Saúde  
eSB – Equipes de Saúde Bucal  
eSF – Equipes de Saúde da Família  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
GF – Grupo Focal  
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial  
GTI – E– Grupo de Trabalho Intersetorial - Estadual  
HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis  
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
IME – Inspeção Médico Escolar  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPP – Instituto Municipal de Urbanismo Peireira Passos  
LDB – Leis de Diretrizes e Base da Educação  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan- Americana da Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PMAQ – AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PP – Projeto Pedagógico  
PPP – Projeto Político-Pedagógico  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
SAB – Superintendência de Atenção Básica  
SCNES – Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde  
SES – RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação a Ciência e Cultura

UNICEF – Organização das Nações Unidas para a infância

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

## Sumário

<b>Capítulo I – INTRODUÇÃO</b>	14
1.1. Aproximação com o tema	14
1.2. Problemática	17
1.3. Relevância do estudo	19
1.4. Delimitação do objeto de estudo	22
<b>Capítulo II - REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO</b>	23
2 Ações da Saúde Bucal nas escolas: do Higienismo à Promoção da Saúde	23
2.2.    Ações da Saúde Bucal: Higienismo	23
2.3.    Ações da Saúde Bucal: Promoção da Saúde	28
2.4.    O Programa Saúde na Escola (PSE)	37
<b>Capítulo III – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	39
3.1.    Desenho do estudo	39
3.2.    Construção do referencial teórico	40
3.3.    Cenário do estudo	41
3.4.    Amostra	42
3.5.    Aspectos éticos	42
3.6.    Grupos focais mediados pela arte: Organização e método	43
3.6.1. Grupos focais	43
3.6.2. Organização dos grupos focais	44
3.6.3. Grupos focais mediados pela arte	46
3.7.    Análise dos dados	47
3.8.    O grupo de interesse e sua natureza qualitativa	52
<b>Capítulo IV – VOZES DE ADOLESCENTES</b>	52
4.1.    O grupo de interesse e sua natureza qualitativa	
4.2.    As Categorias de Análise	55
4.2.1. Ações de promoção da saúde bucal na escola	55
4.2.2. Visão do grupo de interesse sobre saúde bucal: Educação em Saúde	61
4.2.3. Promoção da Saúde para além da saúde bucal	67
4.2.4. Prevenção de doenças	77
4.3.    Validação dos achados	80
4.3.1. Recomendações do grupo de interesse	85
4.4.    Dispositivo de avaliação das ações de saúde bucal realizadas nas Escolas	87
<b>Capítulo V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	93
<b>REFERÊNCIAS</b>	95

## Capítulo I – INTRODUÇÃO

---

### 1.1. APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O interesse pelo estudo decorre de experiências oportunizadas após a graduação em Odontologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, quando vivenciei a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, da gestão da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo.

De 2011 a 2013, cursei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), destinada aos profissionais de saúde com graduação em Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Neste curso, vivenciei o cotidiano desafiante do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria (CSEGSF), em que fui inserida como residente. Pude, assim, aproximar-me dos diversos olhares sobre a saúde trazidos pelas outras áreas de conhecimento (Ciências Sociais, Ciências Humanas, Ciências Econômicas, Ciências Políticas, entre outras), que transversalizam o campo da Saúde Coletiva.

Este curso me proporcionou conhecer e atuar nos diferentes espaços e com os variados recursos do processo de trabalho de uma equipe, tais como a assistência e a elaboração e realização de grupos de saúde, reuniões de equipe, visitas domiciliares, visitas às escolas, creches e outros equipamentos sociais presentes no território, sob responsabilidade sanitária dos profissionais de saúde da equipe Nova Vila Turismo, localizada em Manguinhos – área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Uma das atividades desempenhadas por esta e pelas demais equipes de saúde da família, consistia em auxiliar a construção da rede de apoio com os equipamentos sociais presentes no território adscrito. Assim, identificou-se as instituições do segmento da Educação Infantil, como a creche Comunitária de Manguinhos - SICAM, como sendo de grande importância para a articulação intersetorial entre diferentes atores do território.

Após a primeira aproximação e a construção do vínculo entre os profissionais de saúde e da educação, foi possível desenvolver, junto a esta instituição de ensino,

projetos e ações de saúde baseados nos pressupostos do Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>1</sup>.

Ao longo dos dois primeiros anos de pós-graduação, a equipe de residentes da qual eu era parte integrante, optou por desenvolver e construir o trabalho de conclusão de curso (TCC) a partir desta experiência vivenciada em solo escolar. O objetivo era discutir as relações entre os setores saúde e educação no que tange ao cuidado e a educação das crianças de 0 a 5 anos, a partir do escopo de ações preconizadas pelo PSE.

A expectativa do estudo proposto por nossa equipe de residentes, era compreender como ocorria a discussão do processo de desenvolvimento do Projeto Político-Pedagógico (PPP) em uma creche comunitária, considerando a participação dos diversos atores de alguma forma envolvidos: profissionais de saúde, família e educadores. Para tanto, levantou-se a bibliografia relacionada sobre as políticas públicas de saúde e Educação Infantil; debateu-se, junto com os demais atores envolvidos, a construção do PPP em articulação com a rede de apoio à Educação Infantil; e elaborou-se, de forma compartilhada, o planejamento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde na Educação Infantil.

Com base na Estratégia Saúde da Família, considerando as noções de territorialidade e responsabilidade sanitária, e no Programa Saúde na Escola, que instituiu a inserção e pactuação entre os setores, saúde e educação, tínhamos, como uma de nossas atribuições, a construção do vínculo com os sujeitos e equipamentos sociais adscritos e também com os atores das instituições de ensino, que ao fazerem parte do território, passavam a integrar a rede de apoio da comunidade, fazendo desta rede, uma comunidade escolar.

A compreensão da comunidade escolar como todos os sujeitos e equipamentos sociais envolvidos direta ou indiretamente no desenvolvimento infantil, respaldava também nossa participação, como profissionais de saúde, na construção do projeto político-pedagógico. Sendo este projeto, o plano de ação para o ano letivo escolar e um potente instrumento de articulação entre os setores da saúde e da educação.

---

<sup>1</sup> Instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, no primeiro mandato do Presidente Lula da Silva. O Programa foi lançado na presença dos Ministros da Saúde e Educação, José Gomes Temporão e Fernando Haddad, respectivamente.

Além destas experiências, também participei do processo de trabalho da gestão da unidade de saúde, vinculado ao projeto Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) - Escola Manguinhos. Isto despertou meu interesse pelo curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica, ofertado pela ENSP/Fiocruz, com duração de um ano (2013-2014).

Iniciava-se, então, meu segundo curso de especialização, responsável pela minha inserção no processo de trabalho da gestão da Atenção Básica do SUS, através da imersão nos campos de estágios correspondentes às três esferas de governo: a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a Superintendência de Atenção Básica do estado do Rio de Janeiro e o Departamento de Atenção Básica em Brasília, no Ministério de Saúde. A permanência nestes espaços me possibilitou conhecer as disputas de poder que permeiam e influenciam o desenvolvimento do trabalho da gestão, assim como ter uma melhor compreensão acerca das funções gestoras e dos instrumentos acadêmicos essenciais para minha inserção, discussão e reflexão teórico-conceitual sobre este campo de conhecimento.

Como objeto de estudo do TCC deste segundo curso de especialização, optei por retornar ao PSE, com um novo e ampliado olhar buscando compreender melhor a sua trajetória. Tal escolha propiciou um maior entendimento sobre os questionamentos levantados no TCC da primeira especialização, acerca das dificuldades e desafios encontrados na articulação entre os profissionais da saúde e da educação no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e a incorporação no projeto político - pedagógico de temas pertinentes à saúde. A expectativa era compreender de que maneira as relações técnicas e políticas estabelecidas por algumas das funções gestoras realizadas pelo governo federal – coordenação, articulação, negociação, planejamento e acompanhamento das ações – atuaram nos processos de formulação, planejamento e execução do PSE durante o segundo governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (2007-2010).

Desde 2014 possuo como área de atuação profissional a Superintendência de Atenção Básica (SAB) na Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ), como Apoiadora Institucional à Gestão da Atenção Básica, e em 2015 até a presente data, estou como Assessora Regional desta Superintendência, dialogando com os gestores municipais de saúde sobre a organização do processo de trabalho, principalmente, das equipes de Saúde da Família.

E em 2015, iniciei o Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde na Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção São Francisco de Assis/HESFA, na Universidade Federal do Rio de Janeiro onde pude junto aos demais mestrandos aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro e os seus diferentes processos de trabalho.

## **1.2. Problemática.**

A última avaliação nacional foi realizada em 2013, segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e foi composta pelas etapas de autoavaliação e avaliação externa. Ela ocorreu em todos os municípios do país, de 2011 a 2013, conforme a adesão pelo gestor municipal e pactuação com as Equipes de Saúde da Família (eSF), de Saúde Bucal (eSB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2013)

A primeira etapa da avaliação nacional consistiu de um instrumento autoavaliativo organizado em dimensões pertinentes ao processo de trabalho dos profissionais das equipes eSF, eSB, NASF, gestores da Atenção Básica e municipais. A proposta era que esta etapa pudesse ser realizada em equipe com vistas a proporcionar momentos de reflexão sobre o próprio trabalho e ações transformadoras.

Na segunda, a avaliação externa, as equipes participantes receberam orientações do nível central, sobre os critérios avaliativos, e se prepararam para receber os avaliadores. Nessa avaliação, profissionais das equipes e usuários presentes nas unidades básicas de saúde responderam, aos avaliadores<sup>2</sup>, às perguntas dos módulos dois e três do instrumento de avaliação. O instrumento foi constituído por três módulos físicos e um eletrônico que complementa os três anteriores. O primeiro módulo corresponde a observação das condições estruturais da unidade; o segundo, a entrevista com os profissionais da equipe<sup>3</sup>; o três, a entrevista com quatro usuários da unidade básica; o último contém informações respondidas pelos gestores. (BRASIL,2013)

---

<sup>2</sup> Avaliadores de instituições de ensino responsáveis pela coleta e processamento dos dados obtidos.

<sup>3</sup> O módulo dois inclui a verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e perguntas a serem formuladas aos profissionais da equipe de saúde bucal, a saber: A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche? A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche? Existe documento que comprove? A Equipe de Saúde Bucal possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico? Existe documento que comprove?

A saúde bucal no Programa Saúde na Escola (PSE) foi avaliado somente no módulo dois cujas perguntas direcionaram-se aos profissionais da eSB; não sendo formulado nenhuma pergunta ao Usuário.

Nesse sentido, a problemática da avaliação das ações de saúde bucal realizadas na escola não incluiu o usuário como parte do processo avaliativo. Num modelo de avaliação de programa de saúde vertical, a voz dos profissionais de saúde e dos gestores assumiram a centralidade na avaliação, ao invés de incluir o usuário, este se posiciona como expectador e receptor de uma política assistencial.

Especificamente, o módulo três foi inteiramente dedicado às entrevistas com quatro usuários presentes nas unidades básicas de saúde, no momento a entrevista dos avaliadores. O objetivo foi verificar a satisfação e percepção dos usuários sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. Os blocos de perguntas questionavam bolsa família, o acesso aos serviços de saúde; marcação de consultas com o dentista; acolhimento à demanda espontânea; atenção integral à saúde; vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado; prótese dentária; e satisfação do usuário. As questões relacionadas à satisfação com as eSB envolveram a qualidade e conservação das instalações do consultório e qualidade do cuidado prestado.

Nenhuma pergunta contemplou avaliação de ações de promoção de saúde bucal e atividades desenvolvidas nas escolas, no âmbito do PSE, mesmo sendo usuário adulto com possibilidades de crianças e adolescentes ter sido exposto à intervenção.

Aspectos relacionados a avaliação das ações de promoção de saúde bucal não são contemplados nem no item PSE do módulo dois destinado aos profissionais e nem no módulo (três) de entrevista com o usuário. Essas ações podem ser transversais a inteireza do processo de trabalho da equipe numa perspectiva de integralidade do cuidado. Entretanto, a inclusão de questões de avaliação da promoção de saúde bucal, na perspectiva do usuário pode contribuir para ampliar a participação social e fomentar uma maior compreensão sobre o lugar social dessas ações como um direito à saúde integral e de cidadania.

O modelo de avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal desenvolvido por Colussi e Calvo (2011)<sup>4</sup> é ilustrativo da escuta de uma única voz no processo de avaliação, tendo o gestor municipal como o principal respondente.

---

<sup>4</sup> Colussi, Claudia Flemming; Calvo, Maria Cristina Marino. - Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica - Cadernos de Saúde Pública; 27(9); 1731-1745; 2011.

A análise da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola realizada por Farias, Sá, Figueiredo e Menezes Filho (2016) foi realizada com profissionais da saúde e da educação, de um município metropolitano de Pernambuco. Os resultados revelaram o dilema de se operar política intersectorial (saúde e educação) cujos espaços possuem tempos institucionais diferentes, comprometimento e envolvimento setorial que podem impedir a sustentabilidade das ações.

No caso particular da invisibilidade das ações de promoção da saúde bucal na avaliação do PMAQ, com os profissionais, ao responder sobre o PSE, parece que os espaços institucionais diferentes (escola e unidade básica de saúde, onde a pesquisa foi realizada) também traduzem esquecimentos.

Os adolescentes, como usuários do sistema de saúde, podem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na atenção primária, porém é necessário que lhes sejam criadas oportunidades de fala e de escuta pelos serviços. Estudos que tratam das percepções, comportamentos e conhecimento sobre saúde bucal e autocuidado nos levam a repensar sobre o potencial desse grupo humano como parte de processos avaliativos (VIERO et al, 2015<sup>5</sup>; SOUZA, JUNQUEIRA, ARAÚJO, BOTAZZO, 2012; CARVALHO et al, 2011; GRANVILLE-GARCIA, 2010)

Diante do exposto, o presente estudo tem como **objeto** a avaliação das ações de promoção de saúde bucal pelos adolescentes que frequentam o oitavo ano do ensino fundamental, de uma escola do município do Rio de Janeiro, ano de 2017.

### 1.3. Relevância do estudo

É preciso ampliar a escuta sobre como esse usuário, que foi exposto às ações de promoção da saúde bucal, em algum momento de sua vida na escola, as percebem como

---

<sup>5</sup> Viero, Vanise dos Santos Ferreira; Farias, Joni Marcio de; Ferraz, Fabiane; Simões, Priscyla Waleska; Martins, Jéssica Abatti; Ceretta, Luciane Bisognin. - Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde - Escola Anna Nery; 19(3); 484-490; 2015-09  
Souza, Greice de Brito; Junqueira, Simone Rennó; Araujo, Maria Ercilia de; Botazzo, Carlos. - Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes - Saúde em Debate; 36(95); 562-571; 2012-12  
Carvalho, Ricardo Wathson Feitosa de; Santos, Cléa Núbia Albuquerque; Oliveira, Cristiane Costa da Cunha; Gonçalves, Suzane Rodrigues Jacinto; Novais, Sônia Maria Alves; Pereira, Maria Auxiliadora da Silva. - Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal - Ciência & Saúde Coletiva; 16(); 1621-1628; 2011  
Granville-Garcia, Ana Flávia; Fernandes, Lígia Virgínio; Farias, Thiago Serpa Simões de; Ávila, Sérgio; Cavalcanti, Alessandro Leite; Menezes, Valdenice Aparecida. - Adolescents' knowledge of oral health: a population-based study - Revista Odonto Ciência; 25(4); 361-366; 2010-12

parte constitutiva da integralidade do cuidado e sua adoção no autocuidado. Do mesmo modo, estas ações podem ter sido realizadas de forma integrada às demais ações de promoção da saúde e das temáticas trabalhadas nas escolas.

A avaliação em saúde é aqui compreendida como uma importante função gestora SUS que auxilia na identificação e percepção do desenvolvimento dos programas de saúde ao trazer informações essenciais para o monitoramento das atividades e ações implementadas. Além disso, oportuniza aos diversos atores envolvidos a possibilidade de readequar fatores, condições, recursos variados, insumos e planejamento visando o alcance das metas e objetivos estabelecidos.

A participação dos atores envolvidos pode ser variada de acordo com a proposta da avaliação ou pesquisa avaliativa e neste estudo, o objetivo será compreender a percepção dos adolescentes usuários do SUS sobre as ações de promoção da saúde bucal realizadas no âmbito do PSE. Portanto, será utilizada

(...) a concepção de avaliação que valoriza o debate e a participação dos diferentes atores nos processos avaliativos; que consideramos a construção da avaliação como algo dinâmico, que extrapola o âmbito governamental e as regras formais e que se consolida em ações e práticas no âmbito da organização dos serviços de saúde. (CRUZ, 2011)

A valorização da participação de todos os atores envolvidos permite uma concepção ampliada sobre o objeto a ser avaliado, principalmente quando se trata de um programa e de uma ação de saúde que possuem como público alvo a população usuária do SUS. Dentro deste contexto, garantir a participação e representação dos sujeitos (profissionais da gestão, da assistência e usuários) nas avaliações em saúde é garantir o direito de exercício da cidadania e de corresponsabilização sobre as tomadas de decisão sobre os serviços de saúde. E para tal, é necessário *“discutir estratégias para a definição de perguntas pactuadas que orientem para uma avaliação, que responda aos interesses dos sujeitos diretamente vinculados à intervenção.”* (CRUZ, 2011; DIAS et al, 2010)

Articulando o tema deste projeto e reiterando o que já foi explicitado acima, o PSE é um programa da saúde do SUS e implementado na Atenção Básica com vistas ao atendimento das necessidades de saúde identificadas no âmbito escolar. Trata-se da oportunidade de estabelecer um processo de trabalho integrado entre os profissionais da

saúde e da educação visando o fortalecimento, principalmente, de ações de promoção da saúde.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde vem nos últimos anos trabalhando sob a perspectiva de introdução da avaliação dos programas e serviços de saúde para buscar informações que possam auxiliar na compreensão das diversas realidades apresentadas no país, na padronização dos insumos e equipamentos disponíveis e necessários para a oferta dos serviços nas unidades básicas de saúde e na tomada de decisão. E foi dentro desta perspectiva, tal como a explicitação anterior, que o Programa de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi lançado em 2011. (BRASIL, 2013). Além disso:

(...) a avaliação pode ser considerada como o julgamento sobre uma prática, com objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou de um procedimento científico. Nesse sentido, depreende-se a importância do fortalecimento da avaliação na atenção básica como dispositivo de mudança, de (re)organização, afim de apontar possibilidades, encontros e desencontros do cotidiano desse lugar, para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica (AB). (ALMEIDA apud TANAKA E MELO, 2001)

Ainda neste contexto, o PMAQ, tal como explicitado anteriormente, trouxe em seus questionários de avaliação externa direcionados aos profissionais de saúde da ESF, incluindo as eSB, perguntas relacionadas ao PSE. Mais especificamente, questões sobre o desenvolvimento das ações de saúde bucal vinculadas ao referido programa, mas não incluiu questões no instrumento de avaliação de satisfação dos usuários relacionadas às ações de saúde bucal.

Em 2012, Kusma et al realizaram uma revisão literária em busca de conceitos e orientações que pudessem oferecer subsídios para a avaliação de programas de promoção da saúde. Nesta pesquisa, identificaram que o processo avaliativo deve ser realizado considerando a importância de proporcionar oportunidades igualitárias de acesso aos serviços e cuidados em saúde para toda a população; de garantir a participação da população no levantamento das necessidades de saúde e nas tomadas de decisão sobre as ações; e de executar ações de promoção da saúde em consonância e respeito às características geográficas, socioeconômicas, históricas, culturais dos diferentes territórios.

Tal fato reitera a relevância deste estudo, pois, segundo Dias et al (2010), “ *a necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade nos serviços de saúde.*” Trata-se da oportunidade de compreender a percepção dos usuários do PSE sobre as ações de saúde implementadas, bem como de estreitar o vínculo entre estes e os profissionais de saúde como estratégia essencial para a melhoria dos serviços ofertados.

Considera-se o PSE um programa de alta relevância por ser desenvolvido nas escolas, que representam o lócus da sistematização do aprendizado, do crescimento e formação de cidadania. Portanto, compreender a percepção e a satisfação dos usuários sobre estas ações constitui uma estratégia importante para o aprimoramento do PSE. Configura-se como uma oportunidade para refletir sobre as práticas em saúde em confluência com as diretrizes da Promoção da Saúde, seja pela valorização do saber popular e pela possibilidade de desenvolvimento de espaços produtores de saúde. (DIAS et al, 2010; OTTAWA, 1986) Nesse sentido, delimitou-se como objeto do estudo a avaliação de ações de Promoção da Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola (PSE) a partir da perspectiva do adolescente usuário do Sistema Único de Saúde.

**Objetivo geral:**

Avaliar as ações de Promoção da Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola a partir da perspectiva do adolescente usuário.

**Objetivos específicos:**

- Analisar como as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas se manifestam nas vozes dos adolescentes.
- Discutir a visão de saúde bucal na perspectiva dos adolescentes que foram expostos as ações de promoção da saúde bucal.
- Propor um dispositivo que favoreça a participação social do adolescente na avaliação das ações de promoção da saúde bucal no PSE.

## Capítulo II – REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

---

### 2.1 Ações da saúde bucal nas escolas: do higienismo à promoção da saúde.

### 2.2. Ações da saúde bucal: Higienismo

No panorama internacional, a preocupação com a saúde do escolar aparece na Alemanha, entre os séculos XVIII e XIX com a elaboração do *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, mais comumente conhecido como *Sistema Frank*, Johann Peter Frank, médico e foi reconhecido como o “pai da saúde escolar”. Ele propôs, em sua sistematização, orientações de saúde sobre condições de vida de uma forma mais ampla, abrangendo temáticas como casamento, demografia, saneamento e saúde do escolar, entre outros fatores importantes no cotidiano das populações. Tal sistema influenciou e foi utilizado por países da Europa, pelos Estados Unidos e até mesmo pelo Brasil, ao longo do séc. XIX, e possuía como objetivo principal acelerar o crescimento populacional no país através da implementação dos estilos de vida ali preconizados. Mais do que a conscientização da população sobre os fatores de risco, havia, naquele sistema, a intenção de padronizar a forma com a qual os indivíduos deveriam conduzir suas vidas e de suas famílias. (FIGUEIREDO et al, 2008)

Dentre as influências e impactos gerados pelo sistema para as ações de saúde nas escolas, como herança do modelo de saúde escolar alemão, encontra-se o entendimento das condições de vida como determinantes para a saúde e para o crescimento de uma população e a busca pela viabilização de indivíduos saudáveis em vistas ao desenvolvimento de uma nação. (op. cit, 2008)

Foi com base nestas experiências internacionais, que o Brasil começou a elaborar e organizar as ações de saúde escolar no século XIX. Ao longo da história do país, nos distintos contextos históricos e políticos, diferentes estratégias, projetos e programas relacionados a saúde escolar foram implantados, motivados pela preocupação com a saúde da criança e jovem na escola.

Vale ressaltar que no século XIX o governo brasileiro se viu diante de uma crise de saúde pública, em função do aumento de casos de febre amarela e cólera, entre outras doenças no Rio de Janeiro, agravada por uma crise econômica ocorrida pelo enfraquecimento do comércio exterior. Surgiu, então, a necessidade de posicionamento do estado perante esta situação, levando o governo brasileiro a assumir e imprimir, ao

setor da saúde a responsabilidade de cuidar e controlar os estilos de vida da população. (FIGUEIREIDO et al., 2008)

Além da saúde escolar e seguindo essa mesma perspectiva, emerge a saúde bucal como estratégico para o controle do estilo de vida das pessoas. Segundo Silvestre et al (2013), as atividades profissionais da saúde bucal, com vistas ao atendimento das Forças Armadas, começaram a ser regulamentadas em 1811 e ocorriam por meio de “(...) cartas que davam direito às atividades, que eram exclusivamente mutiladoras”, culminando com a abertura “(...) dos cursos de odontologia nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.” Assim como estas cartas, outras regulamentações foram publicadas ao longo do tempo reiterando as práticas de saúde bucal de caráter individual, mutiladoras e curativas.

Para Mohr e Schall (1992), as doenças e agravos que acometiam a população eram tidos somente como questões biológicas, que poderiam e deveriam ser resolvidas a fim de garantir a manutenção da sociedade pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho. As autoras acrescentam que para a resolução de doenças e agravos, havia a necessidade de se assumir o controle sobre as condições de vida da população menos favorecida e que mais sofria com problemas de saúde, evitando que esta classe “contaminasse” a classe dominante com suas mazelas.

Todas as ações eram direcionadas para a resolução e prevenção dos problemas de saúde, tais como compreendidos na época, e visavam à transformação dos hábitos de higiene, considerados a causa de adoecimento. E é nesta perspectiva higienista que as ações de saúde nas escolas começaram a ser realizadas. Segundo Figueiredo (2008) e Lima (1985), a escola passou a ser alvo do governo no momento em que constataram a potencialidade de implementação de ações higienistas nestes espaços, visando à formação de indivíduos aptos ao convívio em sociedade segundo aos padrões instituídos.

“A escola foi lócus privilegiado (...), local onde a higiene formatou propostas de construção de modelos educacionais, formação de professores, inspeção de alunos e de organização de espaços e equipamentos, objetivando a formação de novos e higienizados cidadãos.” (LAROCCA & MARQUES, 2010; p.648)

Nota-se que as escolas representaram instituições de apoio ao discurso higienista pela facilidade de transmissão de bons hábitos para crianças e oportunidade de doutrinar e padronizar a população desde a infância.

Ainda influenciada pela sistematização alemã, de controle das condições de vida da população, em 1889, foi criada, através de um decreto, a Inspeção Médico Escolar (IME). O documento dispunha sobre a avaliação das condições de saúde dos escolares em busca de agravos e/ou doenças que pudessem prejudicar o bem estar individual e coletivo de crianças e jovens, bem como o processo de aprendizagem. Tais ações higienistas nas escolas somente ganharam força no início do século XX, no ano de 1916, quando o IME ressurgiu como lei federal. (LIMA, 1985)

“A partir do século XX, a higiene vai se transformando em disciplina nos campos da medicina e das políticas públicas e torna-se um tipo de policiamento sanitário que incorpora a lógica militar na linguagem, no planejamento e na forma de realizar as práticas de saúde.” (PENTEADO et al, 2005; p. 12)

Devido à concepção de saúde da época, das formas de adoecimento, suas implicações para com a sociedade, estas ações possuíam como objetivo principal identificar crianças que pudessem apresentar riscos à população e a sociedade em função dos hábitos e costumes vivenciados em família. Segundo Penteado (2005), a realização sistemática de exames e avaliações médicas dentro das escolas fazia parte da estratégia do governo brasileiro para manter a ordem, a disciplina e a padronização das condições de vida.

As inspeções realizadas nas escolas eram repetidas com frequência durante o ano letivo, com a finalidade de construir um histórico de saúde desses indivíduos para identificar possíveis casos de adoecimento. Para compor este histórico, eram realizadas avaliações odontológicas, oftalmológicas, audiológicas, posturais, respiratória, cardíaca e antropométrica. (ANTONIO & MENDES, 2009)

A realização sistemática de avaliações também visava o alcance do bom rendimento escolar por meio da padronização dos hábitos e estilos de vida da população. Pois, de certa forma, reside nestas ações, à concepção de que o mau rendimento escolar estava relacionado às péssimas condições de saúde apresentadas pela população menos favorecida.

Outra medida adotada foi a qualificação dos professores, para que estes pudessem reproduzir a partir do saber técnico médico, as ações e orientações higienistas. Desta maneira, os profissionais da educação se tornaram corresponsáveis pela identificação de problemas de saúde e na correção dos maus hábitos e das maneiras com as quais as famílias conduziam suas vidas. (SILVA et al, 2010)

“De fato, o professorado estava em locais onde os médicos não circulavam; tinham um domínio territorial que faltava aos doutores; eram, portanto, potenciais agentes civilizadores e precisavam ser chamados à cruzada”. (LAROCCA & MARQUES, 2010; p.649)

Elaborado pelos Estados Unidos da América (EUA) em 1926, o Relatório Gies, trouxe importantes influências ao modelo adotado pelo Brasil naquela época, tal como o desenvolvimento de ações direcionadas ao público escolar, como estratégia principal para minimizar e enfrentar o surgimento de agravos e doenças relacionadas à saúde bucal. Neste relatório, foram apontadas as:

(...) deficiências das escolas de odontologia dos Estados Unidos e Canadá; e ao mesmo tempo, recomendava que deveria ser dada ênfase nas ciências biológicas e clínicas, no desenvolvimento tecnológico, na busca pela especialização precoce, e ênfase nas práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras, além de fixar-se no mercado privado que deveria ser o principal foco do exercício da odontologia. (SILVESTRE et al, 2013)

Na década de 1930, o modelo higienista ganhou mais força permanecendo assim até o final da década de 1940. Para além das avaliações médicas já realizadas, foram incluídas questões relacionadas à aparência física, sexualidade e exames posturais. Neste período, a saúde escolar imprimiu em suas práticas a necessidade de adequação de crianças e jovens menos favorecidos aos padrões da classe dominante como se eles representassem o ideal de saúde da época e algo a ser atingido (SANTOS, 2006)

E em 1952, deu-se início a organização destas ações em programas de Odontologia Sanitária, configurando-se como um importante momento de mudança “(...) para as ações de saúde bucal que passavam paulatinamente a ser implementadas pelo poder público, e incorporando ações preventivas e de promoção da saúde”. (SILVESTRE et al, 2013)

Segundo Narvai (2006) apud Chaves (1960), a Odontologia Sanitária trouxe ao debate e ao conjunto de práticas odontológicas a visão de planejamento e programação em saúde focados na população, por meio de levantamentos epidemiológicos comunitários realizados. Além disso, como um modelo estatal, possibilitou enfrentamento às práticas odontológicas individuais e curativas.

Esta organização em programas de odontologia sanitária ocorreu por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuou dentro desta perspectiva,

primeiramente junto aos estados do norte Brasil que apresentavam situação epidemiológica desfavorável, no que se refere às condições de saúde bucal dos escolares (crianças de 06 a 14 anos). As atividades foram pautadas em ações de educação em saúde, preventivas e curativas quando necessárias como medidas de controle.

Atualmente, nas Unidades, na rotina diária, são realizadas palestras educativas com pacientes que comparecem ao serviço e com escolares, com referência a medidas preventivas relacionadas a saneamento, imunizações, assistência médico-sanitária à gestante e à criança. controle de Tuberculose e outras doenças transmissíveis. (BRASIL,1972)

Em 1953, a SESP implantou a prática de fluoretação de abastecimento público no Baixo Guandu (MG) e desenvolveu estudos para a implantação em diversos locais do país visando a redução da incidência de cárie. (BRASIL, 1972)

Já em 1964, na III Conferência Nacional de Saúde, “(...) *se deu um dos maiores avanços da Odontologia em Saúde Coletiva - a inclusão da prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor no Plano Nacional de Saúde Pública*”. Além disso, a odontologia sanitária também promoveu a implantação de ações intersetoriais, como por exemplo, a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, que passou a ser obrigatória no país a partir de 1974. (NARVAI, 2006; SILVESTRE et al, 2013; ELY et al, 2009)

Na década de 70 com o “*reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens*”. No campo da odontologia, este período foi caracterizado pela expansão de ações cujo objetivo eram impedir o surgimento de doenças e agravos que pudessem representar maiores custos à saúde pública. (BRASIL,2006)

Segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) de Saúde Bucal nº17 (2008a), este período e práticas foram denominados como Odontologia Simplificada e Integral e eram caracterizadas por ações de:

(...) promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar.

Após este modelo assistencial, surgiu na Saúde Bucal o Programa de Inversão da Atenção (PIA), que consistia em “intervir antes e controlar depois”. Caracterizada pela potencialização das ações de prevenção à saúde, *“a finalidade maior do ato curativo passa a ser a busca da estabilização do “meio bucal” dos usuários dos serviços, promovida mediante a remoção dos processos infecciosos existentes”*. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008a)

Esta proposta não trouxe inovações alinhadas à discussão e propostas transformadoras construídas pela reforma no sistema de saúde no Brasil vivenciadas na década de 70. Neste período, Brasil viveu a conformação e consolidação do movimento da Reforma Sanitária que trouxe à tona a discussão sobre saúde e os direitos da população, de forma ampla, sobre o acesso aos serviços de saúde, que outrora, embora focados nas práticas curativas e individuais, eram apenas privilégios de poucos. (PAIVA & TEIXEIRA, 2014)

Para a Saúde Bucal, este período foi marcado por contribuições de diversos autores que afirmaram a importância da inserção das práticas odontológicas no contexto da construção social de saúde dos indivíduos, da saúde enquanto direito e exercício da cidadania, e viabilização do acesso da população aos serviços. (NARVAI, 2006)

### **2.3. Ações da saúde bucal: Promoção da Saúde**

Em 1974, o Informe Lalonde, elaborado no Canadá, trouxe contribuições importantes ao cenário da saúde pública ao afirmar a importância da implementação de estratégias e ações de saúde que extrapolassem a visão biomédica e que fossem capazes de considerar o contexto de vida dos sujeitos, suas diversas implicações e formas de produção de saúde. (BUSS, 2000)

O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. (BUSS, 2000)

Após esta publicação, muitos autores criticaram as práticas de saúde desenvolvidas no Canadá, pois, apesar de ter sido uma das primeiras publicações sobre promoção da saúde e da contribuição ao cenário pela inclusão dos determinantes de saúde como fatores de influência no processo saúde-doença, o país não conseguiu

avançar no que diz respeito ao caráter das ações implementadas. As ações eram focadas nos estilos de vida e ainda se mantiveram no âmbito individual. (BRASIL, 2002)

Em 1978, como resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi publicada a Declaração de Alma-Ata que reiterou a proposta do Informe Lalonde e impôs ao setor a necessidade de reflexão sobre o modelo assistencial adotado até então ao trazer para a discussão os princípios norteadores da promoção da saúde e a importância dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) como primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde. Dentre outros, destacou a saúde como direito da população; a implementação de ações intersetoriais para o alcance “*do mais alto grau de saúde*” e para o “*desenvolvimento econômico e social*”; da participação da população na “*planificação e aplicação das ações*”; e a responsabilidade dos governos em garantir saneamento básico e acesso universal aos serviços em busca da melhoria da qualidade de vida. (URSS,1978; BRASIL,2002a)

Na primeira Conferência Nacional de Saúde em 1981 realizada no Canadá, discutiu-se os estilos de vida individuais como reflexo do estrato social da população e a influência destes sob o estado de saúde dos sujeitos. Desta forma,

(...)uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais. (BRASIL,2002a)

Em 1984 foi realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Conferência Canadense, “Além do Cuidado de Saúde”, que contribuiu para o desenvolvimento da atenção primária em saúde e da promoção da saúde ao reiterar a importância da formulação de políticas públicas consonantes com as necessidades de saúde da população e da articulação com a construção e oferta de condições favoráveis à saúde.

Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a ideia de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multisetorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental. (BRASIL,2002a)

Como resultado destas propostas, em 1986 a OMS e o Canadá organizaram em Ottawa, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Este encontro

teve como fruto a Carta de Ottawa que representa um grande marco para a promoção da saúde, pois reiterou as publicações anteriores e introduziu considerações acerca da cooperação entre os países no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas e ambientes saudáveis com vistas à alimentação e nutrição, tabaco, álcool, saúde da mulher. Fortaleceu o modelo assistencial da atenção primária em saúde, o princípio da intersetorialidade nas políticas e ações, bem como a participação social. (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; OTTAWA, 1986)

Nesse contexto, os movimentos sociais organizados, aqui no Brasil, resistiam ao governo da ditadura militar, participavam na redemocratização do país e na luta pela reforma sanitária. Esse movimento lidera a inclusão do capítulo saúde na Constituição Federal de 1988, que, institucionalizou a saúde como direito e fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Formulado nas bases fundamentadas na Oitava Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 – do acesso universal, da equidade, da descentralização e da participação social –, a criação do SUS representou a consolidação da luta por direitos propiciada pela reforma sanitária nas décadas de 1970 e 1980, bem como impulsionou os demais documentos supracitados em busca da melhoria da qualidade dos serviços e da saúde da população. (BRASIL, 1988; PAIVA e TEIXEIRA, 2014)

Frente ao desafio proposto por este novo cenário da saúde pública mundial, em 1991 foi implementado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos estados do nordeste do Brasil em consideração ao trabalho já desenvolvido anteriormente nos municípios da mesma localidade. No de 1994, foi implementado pelo governo federal do Brasil o Programa Saúde da Família (PSF) com vistas à reorganização do SUS a partir da atenção primária em saúde. A família representava o núcleo do cuidado e foi formulado com base na adscrição territorial para cobertura da população. O PSF introduziu no país um novo modelo assistencial que possuía como um dos objetivos principais ser o primeiro contato dos usuários com o SUS por meio de ações de prevenção e proteção à saúde, de promoção da saúde, reabilitação e recuperação. (BRASIL, 2010)

Um marco importante de mudança nas diferentes formas de produção de saúde escolar, que apontou para uma possível e futura superação da perspectiva higienista foi a proposta das Escolas Promotoras de Saúde (EPS). Lançada em 1995, no Congresso de Saúde Escolar no Chile, através da Iniciativa Regional da Organização Pan-americana

da Saúde (OPAS), essa nova abordagem trouxe mudanças significativas no discurso do governo federal e ao cenário da saúde escolar. (BRASIL, 2007a)

De uma forma mais ampla, as medidas adotadas a partir do lançamento das EPS no Brasil, foram apoiadas na concepção positiva da saúde como recurso pessoal, histórico e social, bem como na necessidade de corresponsabilização do cuidado.

Apresentou enfoque na criação de espaços saudáveis que pudessem favorecer o desenvolvimento e crescimento dos cidadãos por meio da implementação de ações que pudessem valorizar o exercício da cidadania. (FIGUEIREDO et al, 2008)

Apesar de representar uma iniciativa da política pública de saúde em consonância com a OPAS, dentro do escopo de ações das EPS também foram atribuídas algumas responsabilidades ao sistema educacional. Sendo assim, coube a este setor, a identificação das vulnerabilidades existentes para compor uma oferta de serviços de saúde que pudessem auxiliar a resolução dos problemas de saúde que pudessem de alguma forma prejudicar o ensino. (HARADA et al, 2005a) Tal proposta trouxe desafios às políticas públicas envolvidas, pois ficou evidente a necessidade de boa articulação e pactuação entre os setores da saúde e da educação. .

Para isto, se tornou premente o alinhamento dos planos de ação das políticas públicas envolvidas para que juntos, pudesse ser possível fomentar a participação dos indivíduos e da comunidade, na transformação da realidade e principalmente da qualidade de vida. As ações preconizadas segundo a concepção adotada de promoção da saúde compreendiam – *“três componentes principais: a) a educação em saúde com enfoque integral; b) a criação de entornos saudáveis e c) a provisão de serviços de saúde”*- . (BRASIL, 2007a).

Estes três pilares representaram a síntese de todas as ações desenvolvidas em uma escola promotora de saúde. Tornou-se necessário a criação de entornos saudáveis e a mobilização da comunidade escolar, aqui compreendida por todos os atores envolvidos na vida das crianças e adolescentes, incluindo eles, os professores, os responsáveis, os profissionais de saúde das unidades de saúde de referência e os equipamentos sociais presentes no território.

“(…) nos modelos de Promoção da Saúde há expectativas de que se constituam novos saberes e novas práticas. Ao refletir sobre essa concepção teórica, quanto aos seus vários aspectos e verificando sua aproximação com outros setores, e em diferentes cenários, a promoção da saúde pressupõe cinco estratégias chaves quais sejam: políticas públicas orientadas pelos princípios do direito à saúde e à qualidade de vida (intersetorialidade); ambientes saudáveis (sustentabilidade e ambientes favoráveis à saúde);

reforço da ação comunitária (empoderamento e participação); desenvolvimento de habilidades pessoais (maior capacitação da população); e reorientação dos serviços de saúde (revendo mudança de práticas tradicionais no campo da saúde coletiva).” (SILVA, 2010; p.33)

Desta forma, compreender a realidade local era tão importante quanto compreender o indivíduo, pois o território representava o espaço de atuação, de construção da comunidade e de possível veiculação de conhecimentos e práticas de saúde. Visando a integração destes atores, também foi fundamental a conscientização da comunidade sobre o papel das escolas, como ambientes saudáveis, e a compreensão do espaço da educação como um lócus de aprendizagem e de fomento à transformação social.

Na proposta integrativa da EPS, comunidade escolar é compreendida como , a escola tendo que assumir a responsabilidade pelo apoio na construção de hábitos saudáveis e do exercício da cidadania. Para isso, estas instituições deveriam problematizar as potencialidades e vulnerabilidades da comunidade escolar não só pela conscientização, mas para o envolvimento dos educandos nas questões relacionadas às suas condições de vida.

De uma forma ampla, as ações de promoção da saúde preconizadas pelas EPS deveriam implicar os indivíduos, a comunidade em que vivem e os equipamentos sociais presentes no território - escolas, outros serviços de saúde, associação de moradores, organizações não governamentais e outros-, nas práticas de saúde, assim como incentivar, valorizar e fortalecer estas relações.

Em 2001, foi assinada a Portaria Interministerial 766/GM que definiu a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação com ênfase nos temas relacionados à saúde e orientação sexual. A proposta deste marco era articular os dois ministérios envolvidos, saúde e educação, para que juntos fossem formuladas ações integradas. (BRASIL,2002b). Além disso, também ressaltou que:

(...) a escola, sozinha, não se responsabilizará pela Saúde, descreve que ela poderá fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável e propõe ainda, como estratégia importante, a inclusão da promoção da saúde na grade curricular para garantia dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2005)

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB), como fruto das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, dos

avanços, supracitados, no campo da promoção da saúde e visando o fortalecimento da Saúde Bucal como ação estratégica da Atenção Básica (modelo assistencial implantado no Brasil sob influência dos pressupostos da APS). O objetivo principal desta publicação era apoiar e nortear as mudanças necessárias para a reorganização dos serviços de saúde bucal no e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Os princípios relacionados à saúde escolar consistem de compromisso em qualificar a atenção primária, articulação da rede de atenção, integralidade nas ações de saúde bucal, epidemiologia e informações sobre o território, acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal, atuação na vigilância à saúde, saúde da família como estratégia.

**compromisso de qualificação da atenção básica**, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização; **rede de atenção básica articulada** com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; **integralidade nas ações de saúde bucal**, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; **epidemiologia e as informações sobre o território** subsidiando o planejamento (...), através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; **impacto das ações de saúde bucal** por meio de indicadores adequados (...); **atuação na Vigilância à Saúde**, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território; **Saúde da Família** como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; (...). (BRASIL, 2004)

Nas DPNSB também foram disponibilizadas orientações sobre a adequação do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. Foram descritas as categorias da Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo; Integralidade da Atenção; Intersetorialidade; Ampliação e Qualificação da Assistência; Condições de Trabalho; e Parâmetros. Destes, destacam-se as orientações sobre as ações de promoção da saúde e sua efetividade quando vinculadas a outros setores. (BRASIL, 2004)

Também surgiu em 2004 o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) como resultado da integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação e do apoio das Organizações das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Sendo estes os atores responsáveis pelo planejamento, execução, monitoramento e na avaliação das ações realizadas nas três esferas, federal, estadual e municipal.

“O fortalecimento dos espaços de conhecimento e informação permite a construção de uma rede de educação e saúde integrada e referenciada geograficamente, além de estimular a comunidade à participação mais ativa no cotidiano dos sistemas de ensino e saúde.” (BRASIL, 2005b; p.4)

Assim como as demais iniciativas de saúde escolar pautadas na promoção da saúde, o SPE considerava as escolas espaços potentes para a realização de ações voltadas para o desenvolvimento do ser humano e também enfatizava a articulação de políticas públicas, o envolvimento da comunidade e seus equipamentos sociais, da saúde e da educação como fatores essenciais na melhoria da qualidade de vida da população.

Um dos grandes diferenciais deste projeto, é que ele trouxe como temática principal a promoção da saúde sexual e reprodutiva. O objetivo era reduzir os riscos de adoecimento para os jovens, abordando a sexualidade, gravidez na adolescência, violência visando à transformação social.(BRASIL, 2005b)

Além destas características e apoiado na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação – grande marco para o sistema educacional - o SPE levantou a necessidade de inclusão no projeto pedagógico (PP) das escolas, questões sociais e políticas relacionadas ao território e ao seu entorno, como parte do trabalho desenvolvido nas instituições de ensino. Segue Os objetivos, do Projeto Saúde e Prevenção na Escola eram os de:

- Reduzir da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV na população jovem;
- Apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde sobre as vivências da sexualidade da população jovem;
- Contribuir para a redução da incidência de gravidez não planejada na população jovem;
- Contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência;
- Fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade;
- Possibilitar que a escola desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças;
- Construir uma rede integrada de saúde e educação para colaborar na redução dos agravos à saúde;
- Inserir no cotidiano da prática pedagógica dos professores as temáticas relacionadas à sexualidade elencadas neste Projeto;
- Promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao SPE;
- Ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não governamentais visando a formação integral do educando;
- Contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção Prevenção nas Escolas, incluindo suas diretrizes e estratégias no Projeto Político Pedagógico das escolas objetivando a incorporação da cultura de prevenção e promoção à saúde. (BRASIL, 2005B).

Nesse contexto destaca-se que o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, diferente das Escolas Promotoras de Saúde, que possui público alvo ampliado - crianças e adolescentes-, focou especificamente na população jovem do Brasil, com abordagem sobre as vivências sexuais e reprodutivas.

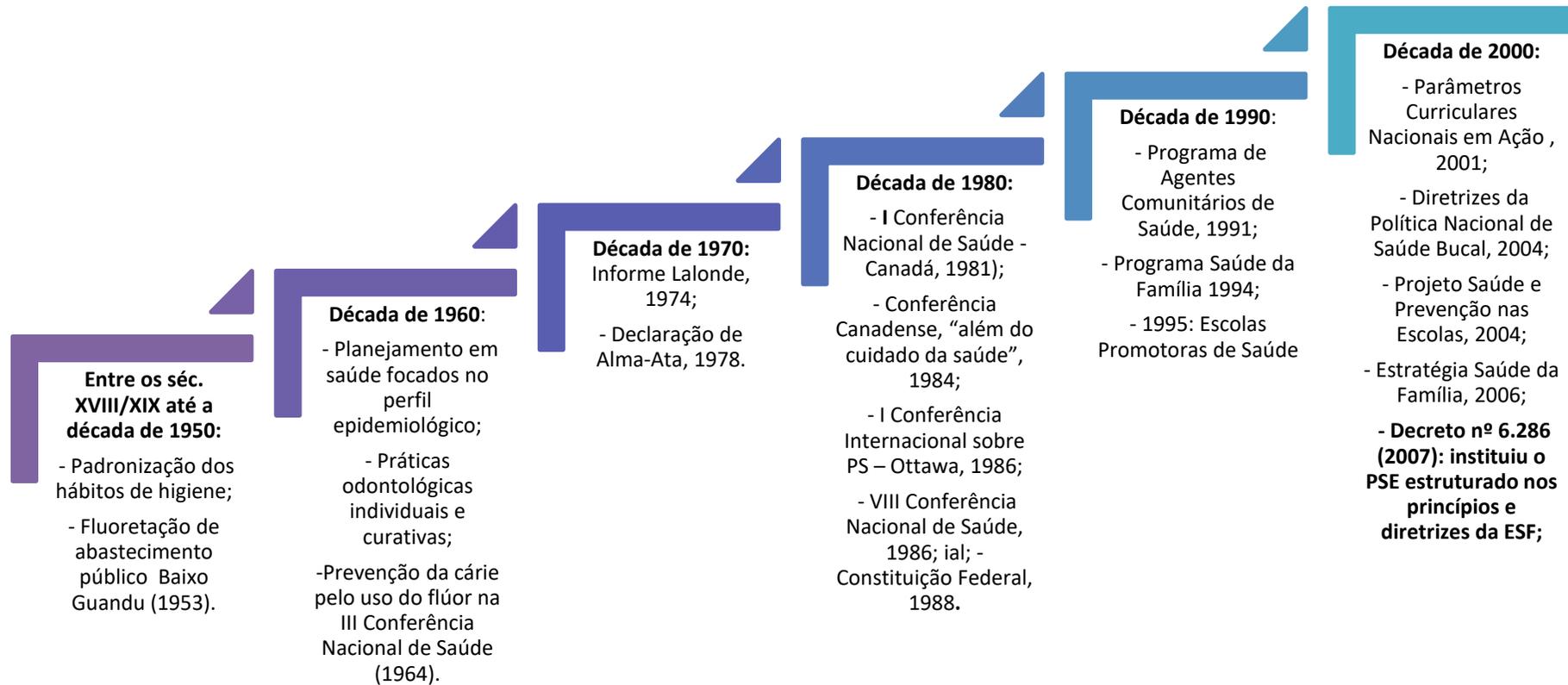
No dia 13 de maio de 2005, os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, Humberto Costa e Tarso Genro, respectivamente, promulgaram a Portaria Interministerial nº 749, que “*Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola*”. O objetivo era aperfeiçoar a negociação e construção compartilhada de projetos, parâmetros entre os setores no que tange o desenvolvimento de ações de educação em saúde no território escolar, assim como da necessidade de institucionalização da articulação e corresponsabilização. A publicação definiu os participantes desta Câmara com representações de ambos os setores implicados, sendo nove integrantes da saúde e oito da educação.

Fruto da priorização do governo federal, em 2006 o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e representou uma grande aposta do Ministério da Saúde na Atenção Básica, com vistas à transformação da realidade da população brasileira, a partir de ações, de promoção, proteção e recuperação da saúde. A ESF visa à organização das atividades em saúde a partir de equipes formadas por diversas categorias profissionais; de um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados; e a partir do entendimento da família como núcleo do cuidado. (BRASIL, 2012)

A valorização das ações de promoção da saúde representou um dos grandes diferenciais da ESF, pois trouxe consigo a necessidade de aproximação entre os profissionais e a população adscrita pelas equipes de saúde. Alguns dos princípios para a realização destas ações são: a responsabilização sanitária dos profissionais de saúde; a compreensão da realidade vivenciada por estes sujeitos; as relações estabelecidas entre eles, o território e os equipamentos sociais – escolas, associações de moradores, igrejas e outros – ao seu entorno, visando à formação de vínculo entre os profissionais e a população, destacando a necessidade de ações intersetoriais. (BRASIL, 2012)

A figura 01 sintetiza a linha do tempo dos 54 anos de saúde escolar e das ações de promoção da saúde bucal no Brasil.

Figura 1: Linha do tempo – Saúde Escolar



#### 2.4. O Programa Saúde na Escola (PSE)

Em 05 de dezembro de 2007, o então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em seu segundo mandato, instituiu o Programa Saúde nas Escolas (PSE), que representava a integração entre políticas públicas dos Ministérios da Saúde e da Educação. Através do Decreto nº 6.286, definiu a articulação permanente entre as equipes de saúde da família e da educação básica, para o desenvolvimento e promoção da cidadania e direitos humanos.

Visando a formação integral dos educandos da rede pública, o PSE trouxe em seu escopo um conjunto de ações da Atenção Básica - de promoção, prevenção e atenção à saúde - para serem pactuadas entre os setores envolvidos e realizadas em ambiente escolar, “*otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.*” O objetivo era evitar o aparecimento de agravos e doenças que pudessem prejudicar o aprendizado e o desenvolvimento de crianças e jovens. (BRASIL, 2007b)

Adotou a concepção da promoção da saúde e seus princípios como dispositivos potentes no desenvolvimento de ações individuais e coletivas voltadas para a construção e adoção de hábitos e espaços saudáveis. Portanto, assim como as outras iniciativas pautadas neste conceito, o PSE trouxe como proposta a participação da comunidade escolar nas políticas de educação básica e saúde.

Além disso, o PSE possui como objetivos principais a promoção da saúde e da cultura de paz; integração das ações da saúde e da educação visando o melhor aproveitamento dos recursos e potência dos resultados com vistas à integralidade; “*promoção da cidadania e nos direitos humanos*”; e enfrentamento das condições adversas por meio do fortalecimento da relação entre escolas, unidades básicas de saúde e comunidade. (BRASIL, 2009)

Segundo a referida publicação, estas avaliações seriam feitas com base nas informações de atividades realizadas no escopo do PSE e registradas nos Sistemas e-SUS AB e SIMEC pelos técnicos da saúde e educação pelos municípios. O

monitoramento do PSE foi atribuído aos Grupos de Trabalho Intersetoriais Federal, Estaduais e municipais da seguinte forma:

- I - o componente I do PSE será monitorado e avaliado com base nas informações contidas no e-SUS/AB; e
- II - os componentes II e III do PSE serão monitorados e avaliados com base nas informações contidas no SIMEC. (BRASIL, 2013)

Todos os componentes I, II e III possuem linhas de ação/temas, e cada uma delas possui público- alvo definido, classificação quanto à obrigatoriedade de sua realização (essenciais ou não), ações a serem realizadas, metas pactuadas/unidade de medida, periodicidade da ação com os mesmos educandos e indicadores para relatórios. (BRASIL, 2013)

O componente I do PSE compreende as seguintes linhas de ações: Avaliação Antropométrica; Verificação da situação vacinal; Saúde Bucal; Saúde Ocular; Saúde Auditiva; Desenvolvimento da Linguagem; e Identificação de possíveis sinais relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação, sendo as três últimas não essenciais. (BRASIL, 2013)

No componente II são abordados temas das Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos; Saúde Mental; Saúde e prevenção nas Escolas (SPE); Saúde e Prevenção de acidentes; Saúde Ambiental; e Práticas Corporais e Atividade Física. (BRASIL, 2013)

Já o Componente III é totalmente voltado para a formação dos profissionais no que se refere à Vigilância Alimentar e Nutricional; Promoção da Alimentação Saudável, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Prevenção das DST/AIDS, Álcool e outras drogas, Atenção às Violências, Desenvolvimento Infantil, Promoção da Saúde nas Escolas e Gestão Intersetorial do PSE. (BRASIL, 2013)

## CAPÍTULO III. PERCURSO METODOLÓGICO

---

### 3.1. Desenho do estudo.

Trata-se de estudo qualitativo com abordagem avaliativa de quarta geração baseado nos pressupostos da pesquisa participante, pois se reconhece a importância da participação dos atores envolvidos no desenvolvimento das ações de saúde bucal dentro do escopo do PSE.

Segundo Kantorski et al (2009), avaliação de quarta geração emergiu em 1989 e foi desenvolvida por Guba e Lincoln após terem organizado as diferentes abordagens avaliativas surgidas ao longo do tempo em três distintas, porém complementares gerações.

1ª geração - da mensuração, na qual o papel do avaliador era o de um técnico que tinha de saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida; 2ª geração - da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior; 3ª geração - do julgamento, na qual o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior.

A avaliação de quarta geração consiste na reunião de algumas características das gerações anteriores, considerando a importância da mensuração das avaliações; da descrição do processo visando o alcance dos objetivos; da valoração do julgamento sobre o objeto alvo da avaliação, e inclui neste campo a participação de todos os atores envolvidos de forma a permitir a negociação e a construção coletiva do resultado da avaliação. (KANTORSKI et al, 2009; MEIRELLES et al, 2012)

Desta forma, adotaremos como estratégia fundamental para esta pesquisa a realização de grupos focais com os alunos usuários do PSE. Esta abordagem visa à aproximação, o diálogo com usuários do PSE em busca da construção de saberes entre os sujeitos envolvidos e coleta de informações de maneira participativa que possam auxiliar na percepção do grau de satisfação dos usuários do PSE. (MELLO et al, 1998)

A proposta deste estudo é que sua condução seja feita de forma participativa e que seu desenvolvimento possa propiciar a criação de espaços de discussão sobre saúde no âmbito escolar, partindo do diálogo e construção coletiva do saber sobre as ações de promoção de saúde bucal.

A pesquisa serve à criação do saber, e o saber serve à interação entre saberes. A interação dialógica entre campos, planos e sistemas do conhecimento serve ao adensamento e ao alargamento da compreensão de pessoas humanas a

respeito do que importa: nós-mesmos; os círculos de vida social e de cultura que nos enlaçam de maneira inevitável; (...). (BRANDÃO & BORGES, 2007)

Além disso, os espaços coletivos e participativos também possibilitam momentos de reflexão sobre as práticas educativas e sobre o tipo de formação política e acadêmica que a escola está disposta a realizar.

### **3.2. Construção do referencial teórico**

Para a construção do objeto de estudo delineado neste projeto e para a definição dos objetivos a serem alcançados com a pesquisa, foi necessário pesquisar, analisar e construir uma linha do tempo sobre a saúde escolar em consonância com as ações de saúde bucal ao longo da história, bem como sobre a inserção do PSE na agenda estratégica do SUS em 2007. Isso se constituiu como a primeira etapa deste estudo: o referencial teórico.

A concretização deste referencial ocorreu a partir de uma pesquisa sistemática sobre a trajetória da atenção à saúde escolar no Brasil e as influências internacionais sofridas neste processo. Também foi preciso contextualizar esta trajetória com a forma de atuação, ao longo do tempo, da saúde bucal e de ambos os setores envolvidos no que se refere à saúde do escolar, com o intuito de identificar suas contribuições para a conformação atual destas políticas públicas, de seus arranjos e descentralização das ações propostas.

A fim de compor melhor a descrição desta trajetória, foram utilizados diversos documentos localizados nos sítios institucionais do Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde), do Ministério da Educação, dentre outros. Foram utilizados, também, artigos científicos, teses e dissertações da coleção de revistas e artigos científicos presentes no sítio eletrônico da Scielo, Lilacs e no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a sistematização da pesquisa, foram utilizadas palavras-chave relacionadas à temática abordada neste estudo, tais como: saúde do escolar; saúde escolar; Programa Saúde na Escola; histórico e trajetória da saúde escolar; histórico e trajetória saúde escolar; avaliação em saúde; avaliação Atenção Básica; avaliação na Atenção Básica; avaliação SUS; avaliação usuários; e entre outros.

Para dar início, tornou-se necessário analisar o material institucional relacionado à inserção do PSE no escopo de programas de saúde da Atenção Básica, a orientação e realização do segundo ciclo avaliativo do PMAQ – AB realizado em 2013, bem como verificar nos materiais orientadores do governo federal as atribuições da eSB na Atenção Básica e no PSE.

Após esta etapa, foram utilizados alguns referenciais sobre avaliação em saúde sob a perspectiva dos usuários para justificar a relevância deste estudo e para servir de norteador para a construção e elaboração das perguntas utilizadas na aproximação com os usuários do PSE.

### **3.3. Cenário do estudo**

A delimitação territorial do presente estudo compreende a área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro que abrange os seguintes bairros: Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.(RIO DE JANEIRO, 2011)

A área programática 2.1. foi selecionada para ser território deste estudo após inúmeras pesquisas nos sítios eletrônicos sobre as ações desenvolvidas nas escolas. Esta área possui informações disponíveis sobre o tempo de realização destas ações, o objetivo destas e os nomes das escolas vinculadas às Clínicas da Família e respectivas equipes de saúde bucal.

Segundo dados do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP) (2012) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), no ano de 2010, havia um total de 1.443.773 pessoas (23% da população total do município do Rio de Janeiro) moradoras em favelas, grupo de maior vulnerabilidade social. Nas comunidades da Zona Sul (2ª Área de Planejamento municipal) 174.149 pessoas residiam em comunidades, representando 17% da população total residente nesta área (1.009.170). Em geral, a população moradora das favelas e comunidades é composta por negros.

Fatores ligados ao processo histórico de ocupação, à localização de atividades econômicas e de serviços públicos e à disponibilidade de terra vêm, ao longo do tempo, condicionando o surgimento e a consolidação desse tipo de assentamento habitacional. (IPP,2012; p.9)

Em virtude do crescimento desordenado destas residências, muitas vezes os moradores vivem em condições sub-humanas no que se refere a ausência ou insuficiência de políticas públicas voltadas às suas necessidades, como por exemplo, saneamento básico, urbanização, segurança, saúde, educação e outros. (IPP, 2012)

### **3.4. Amostra**

Para atender a temática aqui abordada, o critério fundamental para a seleção da escola, foi que a mesma constitui-se um espaço de atuação das ações preconizadas pelo PSE, pelo menos desde 2013. Estas informações, disponibilizadas no sítio eletrônico dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde da área programática 2.1. foram imprescindíveis para enriquecer este estudo e para qualificar a seleção da escola.

Para selecionar a escola cenário da pesquisa, foi necessário identificar as unidades básicas de saúde que possuem equipes de saúde bucal com atuação nas escolas. Feito isso, identificou-se no território de abrangência desta equipe a escola em que são realizadas as ações de saúde bucal para apresentar a proposta do estudo e identificar junto à instituição os participantes da pesquisa.

Os moradores do bairro de Botafogo são assistidos na clínica da família em funcionamento desde 2009 – segundo o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – e possui em seu território de adscrição de suas equipes de saúde da família e de saúde bucal, diversos equipamentos sociais, dentre eles, escolas municipais.

Sendo assim, o público alvo desta pesquisa foram alunos com idade entre 13 e 18 anos com experiência de participação de ações de saúde bucal preconizadas pelo PSE, pelo menos desde 2013. A faixa etária selecionada se justifica pela maior capacidade de entendimento e envolvimento nas ações desenvolvidas.

### **3.5. Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ HESFA-UFRJ, em 29 de março de 2017 sob o parecer de nº 1.988.663.

Após a aprovação, o parecer do comitê foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Educação para emissão da Carta de Apresentação, que foi posteriormente entregue na 2º Coordenadoria Regional de Educação (CRE) como documento

solicitante para a emissão de uma declaração que permitisse a aproximação com a escola selecionada para este estudo.

Os alunos convidados a participar da pesquisa, foram informados que a sua participação estava condicionada a leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por seus responsáveis (TCLE – APÊNDICE A), pelos pais e/ou responsáveis legais e de sua própria assinatura no Termo de Assentimento (APÊNDICE B).

Cabe ressaltar que a pesquisa não implicou em ônus para a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Secretarias de Educação e Saúde), pelo contrário, a proposta é o que estudo possa trazer melhorias para a oferta de serviços e ações de saúde realizadas nas escolas e por consequência, à saúde dos alunos. Os riscos associados à participação desta pesquisa foram mínimos e estavam relacionados ao constrangimento durante a realização dos grupos focais. Não ocorreram situações constrangedoras entre os participantes, mas caso estas situações tivessem ocorrido, a coordenação do grupo focal iria intervir e propor uma discussão sobre o motivo do constrangimento.

### **3.6. Grupos focais mediados pela arte: organização e método**

#### **3.6.1. Grupos focais**

Para dar conta da proposta apresentada nesta pesquisa e em consonância com os pressupostos da avaliação de quarta geração, da metodologia construtivista e das diretrizes do PSE no que dizem respeito à realização de atividades participativas, foram realizados grupos focais com os adolescentes da escola selecionada para compreender os diferentes olhares sobre as ações de promoção da saúde bucal. (GUBA & LINCOLN, 2011; BRASIL, 2009).

Segundo Iervolino & Pelicioni (2001), a realização de grupos focais representa a oportunidade única para ampliar a participação da população nos processos decisórios, bem como para qualificar a compreensão dos pesquisadores sobre os significados atribuídos pela população ao objeto avaliado. Além disso, afirmam que se constituem como uma técnica de pesquisa qualitativa bastante utilizada na implementação de *“ações diagnósticas (...) para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente; podendo ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem”*.

Sendo assim, os grupos focais foram conduzidos de maneira dialogada entre os pesquisadores e o grupo de interesse desta pesquisa, visando à valorização das subjetividades trazidas individual e coletivamente de tal modo que pudesse permitir a interação entre estes atores e a construção de consensos e questões norteadoras para avaliações futuras. Além disso, os resultados encontrados foram utilizados como fio condutor para a estruturação da análise, resultados e recomendações desta pesquisa. (GUBA & LINCOLN, 2011, p. 52-53).

### **3.6.2. Organização dos grupos focais**

Foram realizadas visitas à escola selecionada a partir do mês abril de 2017 para apresentar a proposta desta pesquisa à equipe da coordenação escolar, aos professores e alunos. Os contatos feitos antes da realização dos grupos focais foram importantes para sensibilizar o corpo docente e discente para participar do diálogo sobre o tema.

Os adolescentes se mostraram interessados em participar da pesquisa, entretanto ficaram receosos sobre como iriam colaborar na avaliação das ações de saúde bucal realizada na escola. Sendo assim, foi importante explicar que a condução desta avaliação não seria baseada na utilização de testes ou provas, e que seria de uma maneira mais participativa, a partir do diálogo e da opinião deles sobre o assunto.

Após algumas visitas para recolher os termos de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais e os termos de assentimento devidamente assinados pelos adolescentes, os grupos focais foram agendados de acordo com a disponibilidade do calendário escolar. E em consonância com o planejamento das aulas, a escola disponibilizou 50 minutos para a realização de cada grupo focal, sendo o tempo de realização, em média, de 52 minutos.

Apesar da antecedência em que foram organizados, foi necessário remarcar a data dos grupos focais, em virtude da demora da entrega dos termos supracitados. Superado este imprevisto, os três encontros para o desenvolvimento dos grupos foram realizados na própria escola, nos dias 14 e 27 de junho e no dia 15 de agosto de 2017 no turno da manhã, no terceiro andar da escola, na Sala de Artes.

Vale ressaltar que todos os alunos, de ambas as turmas do 8º ano, foram informados e convidados a participar da pesquisa e dentre os 35 que demonstraram interesse, 20 adolescentes entregaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento devidamente assinados. Deste total, 13 estavam presentes nos dias

combinados. Os participantes preencheram um formulário com informações pessoais básicas, tais como: nome, idade, sexo e escolaridade. Estes dados auxiliaram na compreensão do perfil e contexto de vida dos alunos. (ANEXO A). Segue abaixo as fotos da Sala de Artes e da organização dos grupos focais.

Figura 02: Sala de artes.



A sala disponibilizada pela escola veio ao encontro da proposta desta pesquisa, pois tratava-se de um ambiente lúdico onde os participantes realizam em seu cotidiano escolar, atividades relacionadas à música e pintura. Isto certamente favoreceu a condução da proposta desta pesquisa fundamentada no paradigma construtivista. A Sala de Artes foi um espaço oportuno para troca, reflexão e diálogo entre os atores presentes para a realização e desenvolvimento dos grupos focais mediados pela arte. (IERVOLINO & PELICIONI, 2001; CRUZ et al, 2002).

### 3.6.3. Grupos focais mediados pela arte

A pesquisa baseada em arte valoriza a expressão dos diferentes olhares e sentidos construídos por meio da utilização da arte – pinturas, imagens, teatro, música e outros – enquanto método disparador do saber, do sentir e do ser (GREENWOOD, 2012<sup>6</sup>).

Segundo a autora, a pesquisa baseada em arte representa a oportunidade de trabalhar com as diversas visões de mundo, uma vez que o diálogo não se estabelece somente a partir de informações codificadas, ele pode ser não verbal e construído a partir das interações entre sujeitos e suas subjetividades<sup>7</sup>.

Nesta pesquisa, a arte foi utilizada como meio/ferramenta de estimulação visual com o objetivo de promover a aproximação, interação dos adolescentes e discussão das ações de saúde bucal realizadas na escola de uma maneira mais lúdica. Desta forma, foram utilizados alguns materiais, tais como: cartolinas coloridas, canetas, lápis de cor, cola e imagens relacionadas às ações de saúde bucal realizadas na escola.

Estes materiais ficaram, durante toda a realização dos grupos focais, ao alcance dos adolescentes e foram utilizados por muitos deles para ilustrar as histórias contadas, facilitar e propiciar os diálogos, bem como material de aprendizagem sobre cuidados em saúde.

As imagens foram selecionadas em consonância com as perguntas disparadoras presentes no planejamento dos grupos focais. A proposta era que as figuras pudessem auxiliar na discussão, no raciocínio e na construção coletiva dos consensos. Segue na próxima página, o quadro 02, o planejamento dos grupos focais e algumas das imagens utilizadas.

---

<sup>6</sup> Human beings are complex: we are body as well as mind. Many of us might contend we are spirit as well. We come to know the world through our senses as well as through the verbally coded information we receive. We communicate through our bodies as well as with words. And when we know things, we often do that in ways other than just the intellectual. (Fonte: Citation: Greenwood, J. (2012). Arts-Based Research: Weaving Magic and Meaning. International Journal of Education & the Arts, 13(Interlude 1). Retrieved [24/06/2017] from <http://www.ijea.org/v13i1/>.)

<sup>7</sup> In the first, one or more of the arts are used as tools to study an issue, perhaps a social or an educational one. In such cases the art processes could be used for collecting data, for analysing it, for presenting findings, or for several of these purposes.(GREENWOOD,2012).

Quadro 01: Planejamento dos Grupos focais – Perguntas disparadoras.



O que aprenderam sobre a saúde da boca, do dente e do seu corpo na escola?  
Quem te ensinou?



Fale-me sobre esse aprendizado. Como esse aprendizado ajudou vocês a se cuidarem sozinhos?



Quando você se cuida sozinho, o que você faz?



Vocês conversaram com a família sobre esse aprendizado? Como foi?  
Perceberam alguma diferença?



Como vocês gostariam de aprender mais sobre a saúde da boca, do dente e do corpo?



O que é ser saudável?

### 3.7. Análise dos dados

Para dar início a análise de dados, foi necessário reunir todos os documentos produzidos pelos participantes dos grupos focais para a composição do *corpus* desta pesquisa: a transcrição dos áudios dos 03 grupos focais, o material gráfico elaborado pelos adolescentes e as informações do grupo de interesse que serão descritas posteriormente.

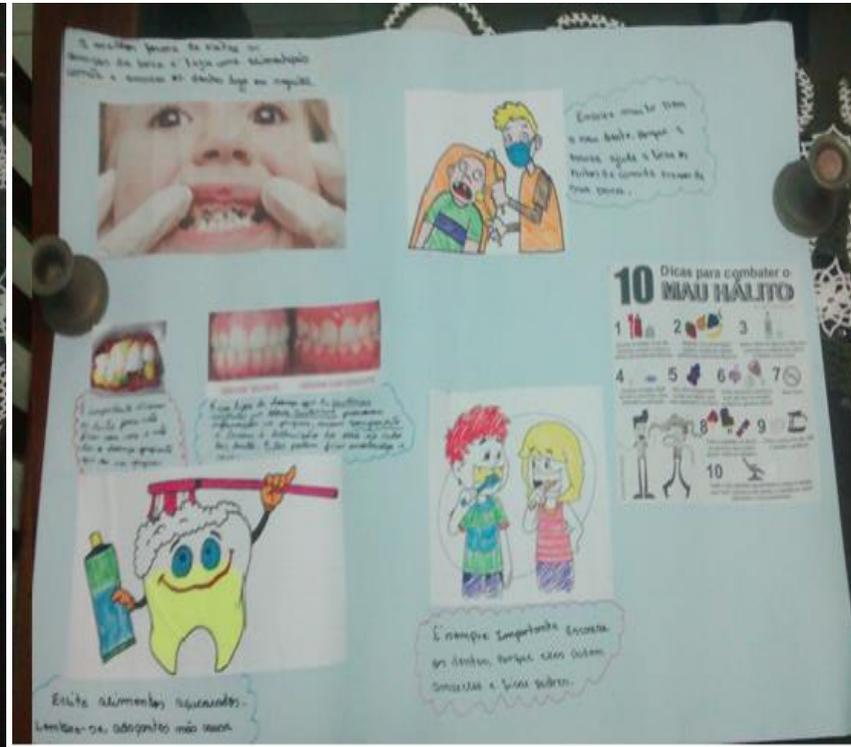
Para melhor ilustrar o *corpus* desta pesquisa, segue nas próximas páginas o material gráfico produzido pelos adolescentes nas figuras 03, 04, 05, e 06.



Figura 05: Material gráfico produzido no grupo focal nº2.



Figura 06: Material gráfico produzido no grupo focal nº2.



Foi realizada a leitura flutuante de todo o material e em seguida, a análise que consistiu na identificação de contextos, registros e padrões recorrentes durante o diálogo construído nos grupos focais. A análise do material foi feita em consonância com os objetivos e para atingir o objetivo geral estabelecido foi necessário correlacionar todas as informações obtidas nos relatos do grupo de interesse sobre suas vivências e nos documentos institucionais. (BARDIN, 2016; p. 126; SAMICO, 2010, p.37)

Seguem no quadro 02, informações sobre a organização das unidades de registro identificadas na leitura flutuante saturação dos grupos focais. Este quadro foi construído em algumas etapas, a primeira delas consistiu na identificação das unidades de registro presentes no áudio transcrito dos grupos focais 1 e 2. Após isso, estas unidades foram classificadas em categorias que por sua vez, foram associadas aos objetivos desta pesquisa.

Quadro 02: Saturação das unidades de contexto e respectivas unidades de registro nos grupos focais.

<b>Objetivos da pesquisa</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>GF1</b>	<b>GF2</b>	<b>GF3</b>
<b>Ações de Promoção de Saúde Bucal</b>	Ações de Promoção de saúde bucal	Tempo	X	X	-
		Insumos odontológicos	X	X	X
		Avaliação Clínica na escola atual	-	-	X
		Avaliação Clínica no CIEP	-	-	X
<b>Visão de Saúde Bucal</b>	Educação em Saúde	Aprendizado com a equipe de saúde bucal	X	X	-
		Aprendizado informal	X	X	-
		Aprendizado formal	X	X	-
		Aprendizado formal e não formal	X	X	-
	Promoção da Saúde para além da saúde bucal	Autocuidado	X	X	-
		Atividades saudáveis	X	X	-
		Alimentação saudável	X	X	-
		Estética	X	X	-
		Participação dos alunos	X	X	-
		Ação não promotora de saúde	X	-	X
		Escola como ambiente saudável	-	X	X
		Família como ambiente saudável	X	X	-
	Prevenção de doenças	Prevenção	X	X	-
		Cárie	X	X	-
		Gengivite	X	X	-

Com vistas à validação dos dados coletados, e em consonância com o método de avaliação de quarta geração, foi necessário verificar se as unidades de registro identificadas foram discutidas nos dois grupos focais. (GUBA & LINCOLN, 2011). Algumas destas unidades foram abordadas em somente um dos grupos focais, tais

como: “Avaliação Clínica na escola atual”; “Ação não promotora de saúde” e “Escola como ambiente saudável”. A unidade de registro denominada “Insumos odontológicos” foi discutida em ambos os grupos, entretanto, foi necessário esclarecer algumas recomendações do grupo de interesse sobre este assunto. Já as unidades de registro “Avaliação Clínica no CIEP” e “Avaliação Clínica na escola atual”, só foram abordadas no terceiro grupo focal no contexto da validação dos dados, portanto, foram incluídas no capítulo das recomendações do grupo de interesse.

Cabe ressaltar que as unidades de registro discutidas em apenas um grupo focal foram elencadas para serem discutidas no terceiro grupo focal e em virtude disso, também foram incluídas no capítulo de recomendações do grupo de interesse.

No desenvolvimento de uma avaliação de quarta geração, tão importante quanto oportunizar um espaço de diálogo para o grupo de interesse expressar sua opinião sobre o assunto avaliado, é garantir que as informações levantadas sejam expostas e confrontadas – processo hermenêutico-dialético – por representantes dos dois grupos focais em um momento posterior para validar e construir recomendações sobre o objeto foco da avaliação. E por isto, foi realizado o terceiro grupo focal. (GUBA & LINCOLN, 2011, p.51)

O efeito da confrontação deve ser testemunhado para ser avaliado com precisão, visto que produz uma rápida mudança nas construções de praticamente todos os grupos, e, se não resultar em consenso, no mínimo revelará os vários pontos de vista com uma clareza cintilante. (GUBA & LINCOLN, 2011, p. 65).

Ainda de acordo com os autores supracitados, as recomendações poderão ser classificadas em três categorias: reivindicações, preocupações e questões. A primeira trata de declarações positivas, a segunda de alegações desfavoráveis e a última, versa sobre situações em que não houve consenso entre o grupo de interesse com relação ao objeto da avaliação.

Sendo assim, as informações adquiridas na realização do terceiro grupo focal foram transcritas, analisadas e incorporadas ao *corpus* desta pesquisa como recomendações do grupo de interesse.

## CAPÍTULO IV – VOZES DE ADOLESCENTES

---

### 4.1 O grupo de interesse e sua natureza qualitativa

O grupo de interesse foi composto por 13 adolescentes estudantes de uma escola municipal da zona sul do Rio de Janeiro, matriculados em turmas do 8º ano do ensino fundamental, com idade entre 13 e 14 anos e moradores, em sua maioria, das comunidades da zona sul. Vale ressaltar que todos os participantes são egressos do mesmo Centro Integrado de Educação Pública (CIEP), onde estudaram até o sexto ano do ensino fundamental.

Tal característica é importante, pois define os integrantes do grupo de interesse como participante das ações de promoção de saúde bucal nas escolas (usuários PSE e SUS) desde o período de sua alfabetização. Em geral, os adolescentes são, comumente, público-alvo das ações de promoção da saúde ao longo do tempo, pois, configuram um grupo de alta vulnerabilidade em virtude do desenvolvimento característico da idade, seja individual ou coletivo.

Nas prioridades nacionais e, certamente, nas prioridades estratégicas, estão aquelas que se encontram no foco do cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens como a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil, entre outras, que repercutirão positivamente no quadro de saúde das pessoas jovens. (BRASIL, 2010b)

Como foi citado, o grupo de interesse foi composto por adolescentes e portanto, estão atravessando uma fase de mudanças intensas em busca de sua própria identidade na vida. A transição da vida adulta, na maioria dos casos, representa um período conturbado em que os sujeitos constroem, a partir de suas vivências com familiares e amigos, modos diferentes de viver a vida. É nesta fase que ocorre inúmeras descobertas sobre o próprio corpo e sobre os diferentes comportamentos que podem ser adotados. Durante todo o crescimento, desenvolvimento e amadurecimento os sujeitos, para além do círculo social, também sofrem influências oriundas dos territórios em que vivem. (PRATTA & SANTOS, 2007).

Segundo o estudo realizado por Vettore et al (2012), os fatores de risco (individuais e coletivos) e os determinantes sociais (aspectos socioeconômicos e sociodemográficos) se configuram como importantes influenciadores da condição de

saúde bucal dos adolescentes, do acesso e frequência aos serviços. Inferiram também, que a identificação destas condições é fundamental para reconhecer os diferentes estilos de vida individuais e grupais.

Segue no Quadro 04 abaixo a caracterização do Grupo de Interesse, organizado por participação.

Tabela 01: Caracterização do Grupo de Interesse da pesquisa.

<b>Grupo de Interesse</b>				
<b>8º ano do ensino fundamental</b>	<b>Identificação</b>	<b>Idade:</b>	<b>Residência</b>	<b>Desde que ano participa das ações de saúde bucal nas escolas</b>
<b>Grupo Focal 01</b>	DT (menino)	14	Botafogo	1º ano do fundamental
	NS (menino)	14	Rocinha	1º ano do fundamental
	NR (menino)	13	Rocinha	3º ano do fundamental
	TC (menino)	14	Botafogo	3º ano do fundamental
	GS (menina)	14	Caju	3º ano do fundamental
	JM (menina)	13	Humaitá	5º ano do fundamental
<b>Grupo Focal 02</b>	SC (menina)	13	Rocinha	1º ano do fundamental
	LO (menino)	13	Penha Circular	1º ano do fundamental
	AM (menina)	13	Gávea	2º ano do fundamental
	GO (menino)	14	Leblon	2º ano do fundamental
	AL (menina)	13	Rocinha	5º ano do fundamental
	DS (menina)	14	Botafogo	2º ano do fundamental
	TT (menina)	13	Copacabana	2º ano do fundamental
<b>Grupo Focal 03</b>	DT (menino)	14	Botafogo	1º ano do fundamental
	NS (menino)	14	Rocinha	1º ano do fundamental
	TC (menino)	14	Botafogo	3º ano do fundamental
	AM (menina)	13	Gávea	2º ano do fundamental
	DS (menina)	14	Botafogo	2º ano do fundamental

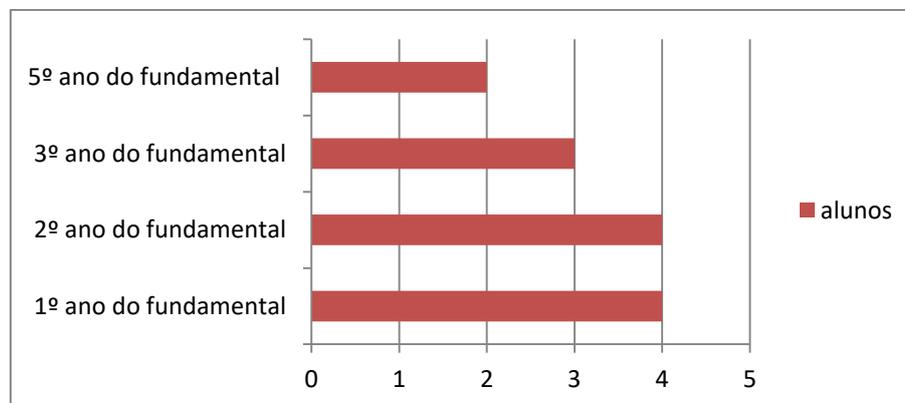
O grupo de interesse foi formado a partir de dois grupos focais realizados com 13 adolescentes no total, sendo o primeiro composto por 04 meninos (03 com 14 anos e 01 com 13 anos) e 02 meninas (01 com 13 e a outra com 14 anos). Já o segundo grupo, 05 meninas (04 com 13 e 01 com 14 anos) e 02 meninos (01 com 13 e o outro com 14).

Esta conformação trouxe ao desenvolvimento dos grupos focais uma maior participação dos adolescentes do sexo masculino (no primeiro grupo) e do sexo feminino (no segundo grupo), segundo a conformação dos grupos.

O terceiro grupo focal foi realizado com participantes dos primeiro e segundo grupo com o objetivo de validar as informações e recomendações feitas anteriormente.

Seguem no gráfico 01, informações sobre o primeiro ano de participações dos 13 adolescentes em ações de saúde bucal nas escolas.

Gráfico 01: Primeiro ano de participação dos 13 adolescentes em ações de saúde bucal nas escolas.



Segundo as informações disponibilizadas pelo grupo de interesse, a maioria dos alunos participa destas ações desde o 1º e 2º ano do ensino fundamental. Todos os adolescentes participantes desta pesquisa afirmaram terem participado de ações de saúde bucal preconizadas pelo Programa Saúde na Escola desde os tempos em que estudavam no CIEP.

Conforme descrição apresentada, o grupo de interesse foi composto por sujeitos com perfis semelhantes: estudantes da mesma escola, idade próxima e foram expostos às ações de saúde bucal realizadas no âmbito escolar. É importante ressaltar que eles são o sujeito-objeto desta pesquisa uma vez que representam o público-alvo das ações preconizadas no PSE.

Oportunizar um espaço de fala do público-alvo do programa avaliado nesta pesquisa constituiu-se como exercício de cidadania uma vez que eles, os adolescentes, são os principais interessados nos benefícios que as ações de saúde realizadas nas escolas possam vir a oferecer.

Portanto, todos os dados coletados foram utilizados no sentido de garantir o direito de fala dos adolescentes e valorizar as recomendações construídas pelo grupo de interesse. Sendo assim, os achados obtidos durante a realização desta pesquisa serão transmitidos em forma de relatório e de maneira expositiva para a escola e para os adolescentes, para que eles possam fazer uso desses resultados na negociação e organização das ações de saúde futuras. (GUBA & LINCOLN, 2011)

Sendo assim, todo o processo de coleta de dados foi conduzido de maneira negociada entre a figura do avaliador e o grupo de interesse. Antes de serem expostos às

perguntas disparadoras, sobre o aprendizado e cuidado com a saúde, foi necessário verificar a compreensão do grupo de interesse sobre o objetivo desta pesquisa e sua condução.

Ao serem questionados sobre a proposta do dia, o grupo de interesse respondeu que:

*A proposta de hoje é realizar uma avaliação. (NS, GF1 menino, 14 anos).*

*Ah sobre a saúde, né? (DS, GF2 menina, 14 anos).*

*A proposta da conversa de hoje era sobre a nossa opinião. (DS, GF2 menina, 14 anos).*

*Opinião sobre higiene bucal. (GO, GF2 menino, 14 anos).*

Mesmo que de maneira incipiente, o grupo de interesse demonstrou compreensão sobre a temática abordada. Ainda neste momento inicial, eles foram questionados sobre o uso das imagens e figuras. Os participantes do primeiro grupo focal decidiram que:

*“A gente prefere as figuras já coloridas”. (TC, GF1 menino, 14 anos).*

Desta forma, eles utilizaram as imagens disponibilizadas para ilustrar os diálogos e no final elencaram as imagens que mais tiveram relação com o que havia sido discutido. Em contrapartida, os participantes do segundo grupo focal não se opuseram em colorir, colar as imagens, ler as informações dos panfletos durante o desenvolvimento do grupo focal.

Outra característica importante é que no segundo grupo focal havia duas adolescentes cujas mães são auxiliares de saúde bucal.

*Minha mãe é auxiliar e a dela também. (Se refere à participante AM, GF2, menina, 13 anos). (SC, GF2, menina, 13 anos).*

Esta constatação, certamente, favoreceu o entendimento das duas e por consequência do grupo, sobre as ações de saúde bucal realizadas nas escolas.

## **4.2. As Categorias de análise**

### **4.2.1 Ações de promoção da saúde bucal na escola.**

De acordo com o grupo de interesse, as ações de promoção da saúde bucal, realizadas nas escolas estão mais centradas em um modelo higienista e assistencialista e há irregularidade na frequência das atividades desenvolvidas na escola pela equipe de

saúde bucal, bem como um grande espaçamento na oferta de serviços de saúde bucal nesse território de cuidados e de produção em saúde.

Quanto à época em que as ações foram realizadas na escola atual, o grupo de interesse, formado pelos participantes dos grupos focais I e II, destacou que elas aconteceram há muito tempo, possivelmente há mais de um ano.

Não lembra *quando* eles vieram aqui (*referindo-se ao que outro membro do grupo falou*)... (AM, GF2, menina de 13 anos).

Mas, foi uma vez só ao ano... Faz muito tempo... (TT, GF2, menina de 13 anos)

Eles só vêm uma vez ao ano... Precisavam explicar mais vezes e frequentar mais vezes a escola! (DS, GF2, menina, 14 anos).

Acho que foi ano passado... (AL, GF2, menina, 13 anos).

*As equipes de saúde bucal* explicaram como usar o *flúor* e o *evidenciador de placas*, só que já faz muito tempo. (DT GF1 menino, 14 anos) e (TC, GF1 menino, 14 anos).

As ações de saúde bucal integram o componente I do PSE, de avaliação clínica e psicossocial, numa perspectiva de **intersectorialidade**, envolvendo a saúde e educação e no planejamento das ações com vistas à integralidade do cuidado.

**Componente I:** Avaliação das Condições de Saúde. **Meta pactuada:** avaliação dos educandos das creches, das pré-escolas, dos ensinos fundamental e médio e EJA pactuados no período de 12 meses. **Ação:** Promover e avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar aqueles com necessidade de cuidado em saúde bucal. **Periodicidade:** – Avaliação e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal: uma vez ao ano. – Aplicação tópica de flúor e escovação dental supervisionada: de acordo com o critério da equipe, conforme avaliação de saúde bucal realizada. Escovação supervisionada direta (feita pelos profissionais de Saúde) deve ser feita, no mínimo, duas vezes ao ano. A indireta (feita por profissionais de Educação), conforme a necessidade de acompanhamento identificada nas avaliações de saúde bucal.

(Fonte documental: Caderno do gestor PSE. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. p. 50)

Sobre as ações de saúde bucal realizadas pelos profissionais que foram à escola, destacam-se da unidade de registro “insumos odontológicos” tais como escova de dente, dentifrício e fio dental que compõem os *kits* de saúde bucal. Além disso, a equipe aplicou flúor e evidenciador de placas bacterianas. Tais ações de cunho assistencialista, nem sempre vem acompanhadas de uma prática pedagógica produtora em saúde que permita os usuários compreenderem a razão de usá-lo e a qualidade do produto distribuído.

E tinha um *produto* que era para mostrar onde não estava escovado direito (*evidenciador de placas distribuído pelas equipes de saúde bucal*). (NS, GF1 menino, 14 anos).

Passaram um produto transparente (*flúor*) que a gente não podia beber água e nem comer nada por um tempo. (NR, GF1 menino, 14 anos).

Essa pasta rosa deixava nossa boca vermelha! (DT GF1 menino, 14 anos).  
Eu pegava aquela pasta rosa (*evidenciador de placas*) e colocava no meu cabelo... Ficava uma mecha rosa! (JM, GF1 menina, 13 anos).

No grupo focal 01, os adolescentes destacaram a qualidade desse material, pois o fio dental que se esgaçava, escovas eram de cerdas duras e de baixa qualidade. A criticidade fundamenta-se na experiência vivida como usuário dos produtos, que não atendem as necessidades em saúde, nem as demandas de cuidado e nem promove o autocuidado sustentável.

É que têm uns **fiões dentais** que parecem **de pano** e quando usamos, ficam **soltando**... Suja mais os dentes do que limpa! (TC, GF1 menino, 14 anos).  
As equipes de saúde bucal entregavam os kits de saúde bucal e vinham umas **escovas ruins e duras**! (GS, GF1 menina, 14 anos).  
E a escova (*item do kit de saúde bucal*) é ruim... Você usa uma vez e ela já ficava descabelada (*as cerdas se estragam facilmente*). (SC, GF2 menina, 13 anos).  
E os pelos (*cerdas*) da escova se espalham rápido (*estragam*), então eu pego e troco logo! A dentista que veio aqui, falou para eu comprar uma escova eletrônica, mas custava 150 reais! Você acha que eu vou comprar? (DS, GF2 menina, 14 anos).

No Plano Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (2010-2013), foram pactuadas algumas ações de saúde bucal que correspondem em parte com o componente I do PSE (avaliação clínica e psicossocial).

Realizar escovação supervisionada e tratamento restaurador atraumático em 108 mil alunos das Escolas do Amanhã, promovendo o encaminhamento dos alunos para os serviços de saúde, quando necessário.  
Ampliar a cobertura das ações de saúde bucal para 80% dos alunos da rede pública municipal de ensino – MC.  
(Fonte documental: Plano Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Página 128. Ano 2009).

Nos Relatórios Assistenciais e de Prestação de Contas da área programática 2.1., cenário deste estudo, constam informações sobre o acesso à utilização de insumos para saúde bucal no ano de 2013:

Os resultados (...) estão dentro do esperado e tais resultados são reflexos das ações de promoção realizadas pelas equipes de saúde bucal nas escolas e creches do território e também compreensão, por parte dos profissionais das equipes da saúde bucal, das exigências do indicador e consequentemente melhora no registro no prontuário eletrônico.

**Indicador:** Percentual de escovação dental supervisionada com entrega de Kits de Saúde Bucal nas escolas e creches públicas no território  
**Meta (2013):** 90%  
**Resultados (2013):** 1º trimestre 0,00%; 2º trimestre 109,77%; 3º trimestre 109,91%; e 4º trimestre 96,89%.

(Fonte documental: Relatórios assistenciais e de Prestação de contas. Saúde. Área Programática 2.1. 2013. Página 4 e 9).

## Discussão

Um dos grandes marcos da promoção da saúde, Carta de Ottawa (1986), a definem como ações estratégicas capazes de contribuir na melhoria da vida da população a partir de atividades que possuem como foco o aumento da participação social, da conscientização da população sobre seus direitos e saúde, bem como a criação de ambientes saudáveis e seguros para o pleno desenvolvimento social, individual e comunitário a partir da confluência de diversas políticas públicas. Sícoli & Nascimento (2003) afirmam que a promoção da saúde possui duas dimensões, uma mais relacionada a uma questão conceitual, supracitada e a outra, à sua operacionalização e prática.

No Caderno de Atenção Básica nº 24, Saúde na Escola, foram publicadas orientações com vistas ao desenvolvimento de um planejamento das ações de promoção da saúde escolar com a participação dos alunos, professoras e equipes de saúde. *“Devem ser contempladas todas as dimensões das escolas promotoras da saúde – organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária – e levado em conta que o trabalho será desenvolvido em rede intersetorial.”*

E para tal, segundo a publicação supracitada e as Políticas Nacionais da Atenção Básica (2011) e de Saúde Bucal (2004), orientam às equipes de saúde a realizarem um diagnóstico situacional de saúde para identificar as necessidades de saúde da população, as potencialidades, vulnerabilidades e escolas do território para melhor conhecer o público-alvo de suas ações e os possíveis parceiros. Apontam para a realização de:

(...) intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis: saúde mental, saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva, educação para o consumo. (BRASIL, 2009).

As ações de saúde, de forma ampla, do PSE foram baseadas nos princípios e diretrizes do vigente e atual modelo de Atenção Básica do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), são eles:

A **descentralização e autonomia federativa** no que tange a adesão ao programa e na elaboração dos planos de ação baseados na realidade local; **Integração e intersetorialidade**, pois para sua implementação torna-se fundamental a articulação entre os setores envolvidos; **Integralidade das ações de saúde** compreendida como a valorização dos sujeitos e suas subjetividades, assim como as peculiaridades do território;

**Longitudinalidade do cuidado**, no sentido do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos educandos; **Controle e participação social** no que tange o incentivo a participação da comunidade escolar nos processos decisórios; **Territorialidade**, respeitando assim o processo de trabalho das equipes de saúde da família e o contexto no qual a população, escolas e serviços de saúde estão inseridos; **Monitoramento e avaliação** permanentes visando não só o acompanhamento da evolução do programa e de suas ações, mas também dos educandos. (BRASIL, 2007b)

Nota-se nestes documentos institucionais do Ministério da Saúde a indução para o desenvolvimento de ações com vistas à identificação da condição de saúde bucal da população escolar, à resolutividade dos casos identificados dentro da rede de atenção à saúde do município, à inserção e incorporação de temas correlatos à adoção de hábitos saudáveis e ao autocuidado nos projetos pedagógicos das escolas, bem como incentivo à participação da comunidade escolar. Estas ações devem considerar o planejamento escolar, devendo abranger também, recomendações sobre os hábitos alimentares e higiene bucal.

O campo de atuação da Saúde Bucal foi inserido no componente I do PSE pelo Ministério da Saúde e as ações descritas foram consideradas essenciais e destinadas a todos os alunos e instituições de ensino aderidas ao programa em tela. Segundo estas orientações, as ações deveriam ser realizadas nas escolas pelas equipes de Saúde Bucal de uma a duas vezes ao ano dependendo da ação. (BRASIL, 2010, p.50)

De modo geral, estas ações são necessárias para o desenvolvimento do PSE no que refere à saúde bucal, entretanto podem ser implementadas pelos municípios de acordo com suas especificidades e arranjos territoriais.

Durante a análise feita a partir dos relatos do grupo de interesse foi possível notar que eles compreendem a avaliação das condições de saúde, a entrega dos kits de saúde bucal, a aplicação tópica de flúor e o uso do evidenciador de placas como ações de promoção da saúde, embora estas estejam muito mais vinculadas a uma ação de prevenção das doenças cárie dental e periodontal por causa da remoção mecânica da placa bacteriana dentária e da ação do flúor na remineralização da estrutura dentária. . (TOASSI & PETRY, 2002).

Além disso, estes documentos apontaram também para a importância da identificação das características do território de abrangência das equipes e dos

equipamentos sociais presentes. Além disso, apresentaram o PSE enquanto um programa de saúde intersetorial que necessita para sua implantação e execução, a integração entre a educação e da saúde.

O diálogo intersetorial é difícil, pois é preciso respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de soluções para os problemas levantados, entretanto, pode ser uma importante estratégia de reconstrução da esfera pública. Além disso, a colaboração de vários setores, visando a um objetivo único, oferece uma série de vantagens: aumentar o conhecimento e a compreensão entre setores, diminuindo as rivalidades e esclarecendo o papel de cada um; assegurar o planejamento de ações de saúde baseadas no conhecimento ampliado das necessidades da comunidade; e garantir que as informações sobre saúde recebidas pelo público sejam uniformizadas. (AERTZ et al, 2004)

A grande dificuldade para o desenvolvimento de programas interssetoriais é a articulação entre áreas que possuem processos de trabalhos distintos. Apesar do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 ter estabelecido a relação entre as áreas em questão ao instituir o PSE, a integração das agendas de trabalho não ocorreu de maneira instantânea. Para tal, é necessário construir junto aos atores envolvidos (alunos, professores, equipes de saúde e população) uma agenda de trabalho única que contemple as necessidades de saúde dos alunos, família, escola e dos profissionais envolvidos, da saúde e da educação.

Desta maneira, a elaboração de um planejamento integrado entre a saúde e a educação configura-se como uma estratégia fundamental para a plena execução das ações preconizadas no PSE. Para tal, torna-se imprescindível a participação dos profissionais da saúde na elaboração do projeto político pedagógico (PPP) da escola.

(...) o PPP é um documento que de fato representa todo o trabalho desenvolvido dentro das instituições de ensino. Mas para, além disso, é a oportunidade de democratização e horizontalização do poder de decisão sobre práticas educacionais, com a participação de todos os trabalhadores da instituição, atores do processo ensino aprendizagem e comunidade escolar. (EIRAS et al, 2013)

Moretti et al (2010) realizaram um estudo para averiguar as ações interssetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e identificaram que a Estratégia de Saúde da Família é o modelo mais promissor no que se refere ao seu desenvolvimento. Assinalaram também que muitas destas ações são consideradas interssetoriais em razão do ambiente utilizado para sua realização, e que por isto, elas não se configuram como ações integradas. E é em virtude da ausência ou da insuficiência do alinhamento da

agenda de trabalho intersetorial que muitas vezes, tal como foi colocado pelo grupo de interesse, que as ações de promoção da saúde bucal acontecem de maneira esporádica.

Além da integração das agendas de trabalho da saúde e da educação, outro fator importante a ser considerado nesta discussão são as atribuições dos profissionais que compõem as equipes de saúde bucal. Segundo Turrioni et al (2012), a equipe de saúde bucal não possui o treinamento necessário para realizar as ações de promoção da saúde. Complementa que a cárie dental, por exemplo, é uma doença de etiologia multifatorial com grande relação com os fatores sociais que necessita de estratégias mais abrangentes do que ações direcionadas a redução da placa bacteriana dentária e do consumo de alimentos cariogênicos para ser combatida. Apontou para a importância do aumento da participação social como estratégia para fortalecer a comunidade, de ações intersetoriais em busca de desenvolvimento social.

#### **4.2.2 Visão do grupo de interesse sobre saúde bucal: Educação em Saúde**

Na unidade de registro sobre aprendizagem, o grupo de interesse identificou diferentes atores, momentos e espaços transmissores de conhecimento formais e não formais, tais como as equipes de saúde bucal, família e a escola. Segue abaixo o relato do aprendizado junto às equipes de saúde bucal:

Na escola as *equipes de saúde bucal* explicam qual é o melhor tipo de escova e pasta de dente. (NS, GF1 menino, 14 anos).

Na escola as equipes de saúde bucal ensinam a escovar direito (*se refere à técnica de escovação dental*). Ensinam o lugar e como escovar. Eu escovava com muita força, mas aprendi que não estava certo! (DT GF1 menino, 14 anos).

A dentista que veio aqui na escola me ensinou a cuidar da saúde da boca! (GO, GF2 menino, 14 anos).

Não é necessário fazer força para escovar os dentes! A dentista falou que não precisa de força para escovar os dentes, porque machuca e sangra! (DS, GF2 menina, 14 anos).

Tinham que dar mais informações para a gente saber mais sobre os dentes e com mais frequência! (AL, GF2 menina, 13 anos).

Ah a dentista vem e fala “Ah, usa isso, faz isso, usa fio dental, usa a pasta de dente, depois escova, com água e sal quente”. (DS, GF2 menina, 14 anos).

O grupo de interesse relatou o conteúdo do aprendizado adquirido durante as ações realizadas na escola e o quanto elas foram potentes para que eles pudessem repensar seus hábitos de cuidado em saúde bucal.

As ações educativas e preventivas são realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais como as escolas e espaços da Unidade Básica de Saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar devem ser

prioridade nessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos.

(Fonte documental: Passo-a-passo Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Componente I: Avaliação clínica e psicossocial, páginas 33, ano 2011).

Ainda na unidade de registro de aprendizagem sobre cuidados em saúde bucal, o grupo de interesse destacou o lugar da família dentro deste processo:

Antigamente, minha mãe falava assim “*abre a boca, vamos escovar*” e fazia assim (mostrou os movimentos). (NR, GF1 menino, 14 anos).

Minha mãe e meu pai me ensinaram a cuidar da boca e dos dentes, aprendi mais em casa. Mas nossos pais só falam “*escova o dente e a língua*”. (TC, GF1 menino, 14 anos).

Minha mãe é auxiliar de saúde bucal e me ensinou sobre *a formação da placa bacteriana* e a *cuidar da saúde* da boca! (SC, GF2 menina, 13 anos).

Já ouvi falar da placa *bacteriana* pela minha mãe, ela que me ensinou a cuidar *da saúde* da boca! Ela também é auxiliar de saúde bucal! Às vezes eu me esqueço de escovar os dentes, mas minha mãe sempre me lembra! (AM, GF2 menina, 13 anos).

Nossa, a minha mãe comenta muito em casa sobre *os cuidados com* a saúde da boca. (TT, GF2 menina, 13 anos).

O contexto imediato destas falas sugere a família como o primeiro espaço de aprendizado sobre os cuidados e manutenção da saúde bucal. Seguem abaixo, as falas do grupo de interesse sobre o aprendizado na escola atual e no CIEP – local onde estudaram até o 5º ano do ensino fundamental.

O professor *me ensinou a cuidar da saúde da boca*, aprendi na escola! (LO, GF2, menino, 13 anos).

Na minha outra escola (*CIEP*) tinha médico e todo mês tinha uma palestra. No CIEP, os profissionais de saúde ficavam dentro da escola e falavam sobre vários temas diferentes. (GS, GF1 menina, 14 anos).

Quase todo mês os dentistas iam lá, *no CIEP*, e conversavam com a gente. (DS, GF2 menina, 14 anos).

Eu não sabia escovar meus dentes direito. Eu aprendi aqui na escola... (DT, GF1 menino, 14 anos).

Aqui nesta escola não, só no CIEP explicaram sobre *a formação* da placa bacteriana e *o desenvolvimento* da cárie. (AL, GF2 menina, 13 anos).

A percepção do grupo de interesse sobre a escola no aprendizado sobre cuidados em saúde bucal está consoante com o papel atribuído a esta instituição nos documentos orientadores do Ministério da Saúde para o PSE.

A escola é considerada por alguns como o espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, a cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais (inclusive comportamentos) mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma. É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola.

(Fonte documental: Caderno de Atenção Básica nº24, Saúde na Escola. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Página 17. Ano 2009).

Ainda na unidade de registro de aprendizagem, o grupo de interesse destacou a diversidade e a combinação de espaços onde adquiriram conhecimento sobre o cuidado em saúde bucal.

Aprendi a cuidar da boca e dos dentes em casa e na escola com as palestras. (GS, GF1 menina, 14 anos).

Na verdade é assim: em casa só falaram para a gente escovar os dentes e aqui na escola as equipes *de saúde bucal* demonstraram melhor como escovar. (JM, GF1 menina, 13 anos).

Aprendi que tem que escovar *os dentes* diariamente depois de comer e depois de acordar. Aprendi nos comerciais da televisão, nos postos de saúde, em casa e na escola... (GO, GF2 menino, 14 anos).

Eu aprendi a cuidar da saúde da boca um pouco em casa com a minha mãe e reforcei na escola o que tinha que fazer. (LO, GF2, menino, 13 anos).

Aqui na escola ensinam que tem que ficar escovando os dentes por causa das cáries e meus pais ensinam a escovar. (TC, GF1 menino, 14 anos).

O contexto identificado nas falas do grupo de interesse nos remete ao material orientador do PSE, onde foi explicitada a importância da atuação conjunta entre equipes de saúde bucal, familiares e professores para compor um universo mais frutífero para o aprendizado em saúde no âmbito escolar.

A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, (...), mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos.

(Fonte documental: Caderno de Atenção Básica nº24, Saúde na Escola. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Página 17. Ano 2009).

## Discussão

Campos et al (2003) definiram a educação em saúde como a principal estratégia adotada para as ações de promoção da saúde, pois oportuniza momentos de reflexão, aprendizado e adoção de novos hábitos de cuidado em saúde. Apontam que as atividades educativas propiciam a conscientização da população sobre a saúde e a

doença, permitindo aos sujeitos a oportunidade de construir individual e coletivamente diferentes modos de produzir de saúde, se colocando como um exercício da cidadania.

Dessa forma, o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social. (OLIVEIRA et al, 2009)

O grupo de interesse chegou ao consenso de que as equipes de saúde bucal desempenham importante papel no aprendizado em saúde por meio de atividades educativas que se configuram como espaços de transmissão de conhecimentos técnicos e científicos, visando o aperfeiçoamento dos cuidados em saúde bucal e explicando o que é certo ou errado.

Alguns autores enfatizam que as ações de educação em saúde ainda possuem em sua estruturação grande impregnação de práticas do modelo higienista cujo objetivo era a padronização dos hábitos e cuidados para a manutenção da saúde da população, principalmente da menos favorecida economicamente. Afirmam ainda, que as doenças e agravos de saúde da população ainda são justificados pela falta de conhecimento da população sobre seu próprio corpo e autocuidado (SILVA et al, 2010).

Portanto, é importante que estas ações possam ir além da transmissão de conhecimentos e que os profissionais de saúde possam compreender a importância ocupada pelo saber popular. Além disso, estas ações devem ser capazes de propiciar reflexão sobre os cuidados em saúde já adotados e o estímulo à conscientização sobre o próprio corpo e suas necessidades.

Embora apenas o conhecimento não garanta mudança de comportamento efetiva, este é essencial para desenvolver interesse do indivíduo. Para tanto os fatores determinantes e condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais devem ser considerados individualmente dentro de qualquer programa de educação em saúde. (CAMPOS et al, 2003)

Desta maneira, é importante que estas ações realizadas nas escolas possuam caráter agregador com vistas à transformação a partir de ofertas de recursos oportunos ao seu público-alvo. E para que isto aconteça, é necessário conhecer as condições em

que vivem, bem como seus desejos e apreensões para compreender a origem e os hábitos adquiridos ao longo do tempo. Pois, somente desta forma será possível identificar fatores que possam ser utilizados como motivadores para o aprendizado e transformação dos hábitos de cuidados em saúde.

Dentro deste contexto, o grupo de interesse reconheceu o lugar da família dentro do aprendizado sobre cuidados em saúde bucal por ser o primeiro local de convivência coletiva. Os cuidados e orientações recebidos em casa determinam a relação que crianças e adolescentes irão estabelecer com o corpo e sua saúde.

Nessa vertente, pais e cuidadores são de fundamental importância, por tomarem as decisões do dia a dia, relativas à nutrição, escolaridade e saúde, entre outras. Dentre as ações voltadas ao bem-estar da criança, os cuidadores assumem, também, responsabilidades relativas ao cuidado com a saúde bucal. A promoção de saúde bucal inclui o desenvolvimento de bons hábitos dietéticos e de higiene bucal, iniciados precocemente, assim como ações coletivas por meio de políticas sociais efetivas. (LIMA et al, 2011)

O grupo de interesse relatou que os pais auxiliavam na higiene bucal na primeira infância e que foi com eles que aprenderam a escovar os dentes. Tal fato reitera a importância da participação e acompanhamento da família no desenvolvimento e crescimento das crianças e adolescentes. Pois, além de ensinarem, os hábitos dos pais e da família como um todo, servem como exemplo e informação base para a construção do autocuidado.

Além das equipes de saúde bucal e da família, o grupo de interesse identificou a escola como um espaço de aprendizado em saúde. Concordaram que as experiências vividas nos tempos em que estudavam no (mesmo) CIEP e na escola atuam foram essenciais para o aprendizado em saúde.

Os CIEPs foram instituições de ensino implementadas na década de 80 no estado do Rio de Janeiro pelo governo da época sob a justificativa da necessidade de superação da evasão escolar e do analfabetismo, por meio da oferta de escolas com horário integral, alimentação, assistência médica e odontológica, atividades físicas e culturais. (MOREIRA, 2015).

Sobre o período em que estudava no CIEP, o grupo de interesse se manifestou favorável à experiência vivida no que se refere ao aprendizado adquirido e relatou que os dentistas trabalhavam o tempo todo dentro das escolas e tal característica foi debatida como essencial para o melhor aproveitamento das ações de educação em saúde realizadas, tal como palestras e rodas de conversa.

Apesar das diferentes estruturas oferecidas pelos CIEPs e pela escola atual, em ambas as instituições o programa adotado para a realização de ações de saúde na escola era o PSE.

Dessa forma, a escola é o local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois permitem que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que, por algum motivo, não têm acesso aos cuidados profissionais particulares. Além disso, a figura do professor de ensino fundamental exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos, pelo contato diário durante longo tempo. Os conhecimentos e atitudes dos professores de ensino fundamental, no que diz respeito à etiologia, evolução e prevenção da cárie dental e doença periodontal, devem ser cuidadosamente avaliados e, se necessário, revistos, para que esses educadores possam trabalhar em conjunto com o cirurgião-dentista, contribuindo para o sucesso de programas educativos. (SANTOS et al, 2002)

A escola é um espaço instituído para o aprendizado e configura-se como um ambiente estratégico, pois possibilita o alcance da população residente em um território de adscrição das equipes de saúde com idade ótima para a troca de conhecimento e aprendizado. Desta maneira, tornou-se ao longo do tempo o ambiente ideal para a realização de atividades de educação em saúde.

O cirurgião dentista, neste contexto, pode interagir com as crianças, seus familiares e professores, visando obter mudanças no comportamento relativo à saúde e a incorporação de hábitos favoráveis a sua preservação. Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas e de seu relacionamento psicológico com os alunos, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente junto às crianças para a construção de hábitos de vida saudáveis. Outro fator que favorece esse trabalho conjunto é a possibilidade que a escola oferece em reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser uma atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados. Desta forma a participação dos educadores no processo de formação de bons hábitos em saúde bucal é favorável, sendo mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene bucal na população brasileira. (VASCONCELOS et al, 2001)

O estreitamento desta relação saúde-escola-família depende da integração das agendas de trabalho supracitadas, da aproximação com a família dos alunos e do território de residência para melhor compreender os sujeitos. E por consequência, depende também do compartilhamento de saberes entre os profissionais pertencentes aos dois âmbitos discutidos nesta pesquisa para tornar o ambiente escolar, os professores, a família e as ações de educação em saúde mais potentes sobre o diálogo e produção de saúde.

### 4.2.3. Promoção da saúde para além das ações de saúde bucal

No que se refere à unidade de registro autocuidado é importante ressaltar que o grupo de interesse associou o conhecimento adquirido ao longo das experiências oportunizadas em casa e na escola para construir sua própria visão de saúde e sua rotina de cuidados. A seguir, falam sobre o cuidado com a saúde do corpo.

Temos que tomar conta da saúde e cuidar do corpo todos os dias! (JM, GF1 menina, 13 anos).

Tomar banho é importante *para se cuidar!* (GS, GF1 menina, 14 anos).

Têm coisas aqui (*aponta para a Figura 06*) que eu já faço desde criança, como não andar descalço e filtrar a água antes de beber! (NS, GF1 menino, 14 anos).

Figura 07: Higiene e cuidados com o corpo.



Além da saúde do corpo em geral, o grupo de interesse também relatou como realiza o cuidado em saúde bucal em relação à escovação dental.

Meu pai escovava meus dentes com muita força! Aí depois disso eu aprendi a escovar sozinho porque era melhor! É mole se cuidar sozinho! Cuidar *da saúde* da boca não afeta em nada porque é uma coisa do dia a dia. Mas se eles (*as equipes de saúde bucal*) estão falando é porque a gente está pecando em escovar. (TC, GF1 menino, 14 anos).

Pega essa figura (*Figura 08*) da escovação! Tem que escovar as bochechas e o céu da boca também. Eu escovo todos os 32 dentes... Mas não tem como alcançar todos os lados, por isso uso o fio dental! Faço sempre sozinha, mas às vezes sinto preguiça de escovar antes de dormir. (SC, GF2 menina, 13 anos).

Figura 08: Saúde começa pela boca.

**Saúde começa pela boca**

Não existem muitos tipos de bactérias grudadas nos dentes. Junto com restos de alimentos formam uma massa chamada PLACA BACTERIANA. Ela é a responsável por CÁRIE e DOENÇAS NA GENGIVA.

**O que é a CÁRIE?**

A CÁRIE é uma doença, causada pela PLACA BACTERIANA, associada a ALIMENTOS AÇUCARADOS. Ela destrói os dentes, provoca infecções e, inclusive, leva à perda total dos mais atingidos.

**O que é a DOENÇA NA GENGIVA?**

As BACTÉRIAS existentes na PLACA BACTERIANA provocam inflamações na gengiva, causam SANGRAMENTO e levam à destruição do osso ao redor dos dentes. Eles podem ficar amolecidos e cair.

**O desafio é remover a PLACA BACTERIANA.**  
Use corretamente a escova e o fio dental.

**Prevenção das doenças bucais**

A melhor forma de evitar as doenças da boca é fazer uma alimentação correta e escovar os dentes logo em seguida.

**Prefira comer**

Cereais (arroz, feijão, milho), frutas e verduras, peixes, ovos, leite e carnes.

**Evite comer**

Doces, balas, chocolates, bebidas com açúcar (café, leite, suco) e refrigerantes. **CASO NÃO POSSA ESCOVAR OS DENTES EM SEGUIDA.**

Use o fio dental pelo menos uma vez ao dia.

Escove os dentes após cada refeição e antes de dormir.

**Cuidados com a boca\***

Coloque a escova inclinada entre a gengiva e os dentes. Faça movimentos limpando todos os lados dos dentes. LEMBRE-SE! Tenha 32 dentes com 4 lados cada!

Escove a superfície de mastigação de cada dente com movimentos curtos de vai e vem.

Escove a língua para remover bactérias. Faça com cuidado.

Use as duas mãos para segurar o fio dental entre os dedos.

Passo o fio entre todos os dentes com movimento de vai e vem. Use-o pelo menos uma vez por dia.

Uma boa escovação dura 3 minutos. Utilize escova macia. Use pouca pasta de dente. A escovação também previne o mau hálito.

Olha essa *Figura* aqui! Eu só escovo os dentes duas vezes ao dia, ao invés de três vezes. Olha a diferença! (*se refere à figura 09 "10 dicas para evitar o mau hálito"*). (TT, GF2 menina, 13 anos).

Figura 09: 10 Dicas para combater o mau hálito.

**10 Dicas para combater o MAU HÁLITO**  
by @PDentista

- Escove os dentes 3x ao dia. Higienize sempre a língua e utilize o fio dental diariamente.
- Matenha uma alimentação regular e equilibrada dando preferência a alimentos fibrosos.
- Beba 2 litros de água por dia para aumentar a produção de saliva e hidratar a sua boca.
- Masque chicletes SEM açúcar e com Xilitol. Eles estimulam a salivação.
- Não utilize enxaguantes bucais com álcool, pois eles ressecam a sua boca.
- Evite alimentos odoríferos com alto teor de enxofre, proteína e gordura animal.
- Não fume.
- Evite a ingestão de doces ou produtos que contêm açúcar, entre as refeições.
- Evite o consumo de café e bebidas alcólicas.
- Visite o seu dentista regularmente a cada 6 meses, para fazer a limpeza dos dentes e identificar cáries, infecções e outros problemas.

Daniel Moreira

Já no trecho abaixo, o grupo de interesse falou sobre o uso do fio dental.

Apreendi que cuidar *da saúde* da boca, dos dentes e do corpo é importante *para ser saudável!* Eu não gosto de usar o fio dental, porque machuca! Eu tenho uns dentes mais largos e uns mais apertadinhos (*espaços interdentais*) e às vezes tenho que fazer um pouco de força para usar. Então, acabo usando mais o enxaguante bucal e a escova. (DT GF1 menino, 14 anos).

Claro que não machuca, é só saber usar o fio dental! Pega o fio, estica, dobra nos dedos e coloca no dente. Vai passando e depois puxa! Se fizer muita força, vai machucar a gengiva. (NR, GF1 menino, 14 anos).

Ainda dentro da unidade de registro autocuidado, o grupo de interesse sinalizou a conscientização do cuidado em saúde bucal a partir de suas próprias experiências.

Com o tempo você vai percebendo que se não cuidar do dente, vai começar o mau hálito... (DS, GF2 menina, 14 anos).

Cuidar dos dentes *é importante!* Depois que eu perdi os dentes, aprendi a tomar mais conta disso. Mesmo quando estou com preguiça, fico com medo de perder de novo. Minha mãe me manda escovar e aí eu vou porque fico com medo! (AL, GF2 menina, 13 anos).

O grupo de interesse demonstrou ter construído hábitos de autocuidado com a saúde da boca e do corpo a partir do conhecimento adquirido em casa, na escola e ao longo de suas experiências.

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valores pessoais também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos (...) nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, a consciência da responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro. (...) É, inquestionavelmente, uma construção pessoal e única. Por outro lado, tudo o que este adolescente pensa, sabe, sente, sonha e faz é profundamente marcado por sua malha de relações e por suas condições sociais, econômicas e culturais.

(Fonte documental: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2010. Página 56).

O grupo de interesse destacou na unidade de registro atividades saudáveis, a realização de atividades relacionadas ao lazer como expressão do bom estado de saúde e como hábitos importantes para a manutenção da mesma. A discussão sobre esta unidade iniciou-se a partir da Figura 10 abaixo:

Figura 10: Atividade física – dança.



Quando eu vou para o campo (*casa da família*), jogo futebol sem chuteira, fico com barro nos pés e canelas! (*Fala com muita alegria sobre o lugar e a atividade física*). (NR, GF1 menino, 14 anos).

Essas pessoas dançando aqui (*se refere à Figura*) representa saúde física! (GO, GF2 menino, 14 anos).

Eles estão cheio de energia! (LO, GF2, menino, 13 anos).

Podemos fazer tudo com saúde! (TT, GF2 menina, 13 anos).

Podemos fazer exercício físico! (LO, GF2, menino, 13 anos).

Podemos sair para passear! (AL, GF2 menina, 13 anos).

Podemos amar! (Responde o que podemos fazer com saúde). (SC, GF2 menina, 13 anos).

Voar, voar... Subir, subir!(Responde o que podemos fazer com saúde). (LO, GF2, menino, 13 anos).

O contexto imediato presente nas falas representa a visão positiva do grupo de interesse sobre a saúde e a potencialidade identificada nas atividades saudáveis, individuais e coletivas, como práticas importantes na transformação da vida, correspondendo assim, em partes, as orientações fornecidas no componente II do PSE para esta ação optativa em 2013.

A promoção da saúde é a principal abordagem trabalhada pelo Programa Saúde na Escola para desenvolver seu conjunto de ações, dentre elas as Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer (...). As práticas corporais são atividades coletivas e/ou individuais realizadas de forma sistemática ou pontuais por meio de atividades como, por exemplo, a dança, as lutas marciais, os jogos, as brincadeiras, dentre outras. A atividade física, por sua vez, consiste em movimento corporal com gasto energético, ou seja, um gasto de energia maior do que ocorre quando se está em repouso (...). O lazer está relacionado ao tempo que se tem para fazer o que dá prazer. (...) No entanto, há aspectos culturais e educacionais importantes que devem ser potencializados na prática do lazer, especialmente quando o articulamos com o espaço escolar. O lazer é praticado, vivido e, como tal, sofre influência das condições de vida do sujeito, as quais determinam, ou não, sua manifestação no cotidiano dos sujeitos, de comunidades e até de populações. (...) A escola e a unidade básica de saúde podem ser espaços importantes para abordar esta questão.

(Fonte documental: Programa Saúde na Escola. Orientações gerais sobre as diversas ações dos componentes I e II. Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e lazer. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal do DAB, Programa Saúde na Escola. Páginas 1 e 2. Ano 2013)

Na unidade de registro denominada alimentação, o grupo de interesse demonstrou compreender a relação entre a comida e uma vida saudável, sinalizando a importância do processo que envolve a seleção, preparo e ingestão dos alimentos com vistas a uma alimentação saudável. Esta discussão foi iniciada a partir da leitura do panfleto “Saúde começa pela boca” (Figura 08).

Pode comer o gosta, não precisa parar de comer, mas tem que comer de maneira regulada! (TC, GF1 menino, 14 anos).

Se você não lava a comida e as frutas, você pode contrair alguma infecção. Quando a gente faz isso, estamos pensando em saúde! Quando a gente come, estamos ingerindo os nutrientes da comida e alguns deles contribuem para a saúde do dente e outros não. Açúcar e sal demais não ajudam, por exemplo! Têm algumas comidas que são saudáveis e que são gostosas, é só procurar e se esforçar para gostar! Têm algumas comidas que a gente acha gostoso, mas que não são saudáveis e isso prejudica bastante, temos que aprender a não comer em excesso! (SC, GF2 menina, 13 anos).

Tudo depende da comida! Tem que saber fazer e procurar por alimentos saudáveis que não contém muito açúcar. (LO, GF2, menino, 13 anos).

Até pode continuar comendo as comidas que gosta, mas não em excesso para não ficar com muita glicose no sangue e pressão alta! (GO, GF2 menino, 14 anos).

Além disso, relataram também sobre a relação construída, por eles, sobre a importância da comida.

Comida representa a base de tudo! (AL, GF2 menina, 13 anos).

É comida né? Todo mundo fica feliz quando vê comida! (*Se refere à Figura 10*). (AM, GF2 menina, 13 anos).

Figura 11: Alimentação saudável.



Tais construções fazem referência direta ao conceito de segurança alimentar e nutricional promovido pelo PSE.

A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, orientando-se em práticas alimentares promotoras de saúde com respeito à diversidade e de forma sustentável, é a síntese da segurança alimentar e nutricional, que deve ser garantida em todos os espaços sociais de formação da cidadania. Assim, promover a alimentação saudável na escola, na perspectiva do direito humano, é melhorar padrões de saúde, garantir segurança alimentar e nutricional e, sobretudo, construir cidadania.

(Fonte documental: Manual operacional para profissionais de saúde e educação. Promoção da Alimentação Saudável nas escolas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Página 8. Ano 2008e)

Na unidade de registro “Estética”, o grupo de interesse ressaltou a aparência como fator essencial ao convívio social.

Imagina você saindo com a sua namorada e chegando perto dela para beijar com os dentes feios e com o maior bafão (*mau hálito*)? (NR, GF1 menino, 14 anos).

Cuidar dos dentes é importante para (a manutenção do) o sorriso! Não só o sorriso tem gente que só escova e não faz mais nada. As pessoas ficam feias quando perdem os dentes. Pega essa Figura da garotinha (*Figura de uma criança com dentes cariados*), é muito feio! (TC, GF1 menino, 14 anos).

Figura 12: Criança com dentes cariados.



Onde eu moro tem uma garotinha de dois ou três anos que ficou feia por causa dos dentes! As cáries foram comendo os dentes que ficaram pretos nas beiradas! Ihhh ela é assim mesmo (*se refere à Figura da criança com dentes cariados*)! (DT GF1 menino, 14 anos).

Se você for trabalhar como dentista com os dentes podres (*cariados/adoecidos*) e amarelados, fica difícil até para conseguir trabalho! (JM, GF1 menina, 13 anos).

Sorriso é cartão de visita. É aquele sorriso branco, né? A pessoa já fica bonita! Percebo que têm pessoas não cuidam dos dentes e aí eles ficam amarelos e sujos. (SC, GF2 menina, 13 anos).

Quem toma muito café fica com o dente amarelo! (sobre a aparência dos dentes). (TT, GF2 menina, 13 anos).

Quem fuma também! (Se refere às pessoas que ficam com o dente amarelo). (AM, GF2 menina, 13 anos).

Na unidade de registro denominada “família como ambiente saudável” foram encontrados relatos do grupo de interesse sobre o interesse familiar nos acontecimentos da escola no que se refere ao aprendizado em saúde.

Ah, se os assuntos da escola não interessam para minha mãe, ela corta logo! Fala logo “ah eu lá quero saber disso”? (DT GF1 menino, 14 anos).

A minha mãe nem pergunta *sobre o que aconteceu na escola*. Eu é que falo para ela como foi o dia e que veio um dentista aqui no colégio. (TT, GF2 menina, 13 anos).

Ah eu falo pra minha mãe! Ela gosta de saber se eu estou bem ou se estou com dor. (SC, GF2 menina, 13 anos).

De vez em quando eu falo *com meus pais*. Já falei sobre uma coisa de reciclagem... Reciclagem de papel, plástico, jornal, aprender a fazer telhado de papel e a fazer folha! (AM, GF2 menina, 13 anos).

Segundo o grupo de interesse, os familiares demonstram maior interesse sobre o desenvolvimento escolar e percebem que o interesse diminuiu à medida que foram crescendo e se tornando mais independentes.

Comentamos sobre as ações (*realizadas nas escolas para nossos pais*) que interessam para gente, como jogar lixo na rua e sujar a cidade. (TC, GF1 menino, 14 anos).

Só se interessam em saber como estou indo na escola, como foi o dia e aí eu explico. Mas, mesmo assim, conto que vieram pessoas (*profissionais de saúde*) pra pesar a gente também. (LO, GF2, menino, 13 anos).

Minha mãe pergunta às vezes sobre as notas das provas. Mas não é nada demais! E eu comento que a dentista mandou a gente escovar mais os dentes, evitar comer doces e para ir ao dentista para fazer limpeza. (DS, GF2 menina, 14 anos).

Não só isso... Minha mãe pergunta sobre as ações de saúde que acontecem na escola, mas não é se aprofundando nos temas... Que nem ontem, eu cheguei falando da minha nota em matemática e aí ela disse “ah isso aí, parabéns! Tem que fazer isso para você ganhar dinheiro e ser alguém na vida...”. Ela dá umas palavras, mas não é aquela coisa profunda! Antigamente minha mãe perguntava mais e se preocupava em saber o que eu fazia na escola e o que eu tinha comido. (AL, GF2 menina, 13 anos).

## Discussão

Em consonância com os pressupostos, já descritos, da Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é aqui compreendida como um conceito atrelado à concepção de saúde mais ampliada que transcende à compreensão da relação saúde e doença e como produção social. *“Esta ampliação da saúde opera a sua abordagem por um conceito “positivo”, ou seja, que busca a definição da saúde por sua ampla ramificação e presença cotidiana e não por sua ausência, como no caso de uma enfermidade”*. (MARCONDES, 2004).

(...) mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003)

Sendo assim, tal como para a realização de ações de educação em saúde supracitada, os estudiosos também apontaram a importância de conhecer as condições de vida e os hábitos da população alvo das ações de promoção da saúde para melhor compreender o estado de saúde atual, bem como para compreender como realizam o autocuidado e oferecer propostas de cuidado em saúde mais condizentes com a realidade local.

O grupo de interesse demonstrou ter construído suas rotinas de cuidado em saúde bucal a partir de experiências pessoais (positivas e negativas) vivenciadas de maneira individual e coletivamente, seja em casa, na escola ou com outros grupos próximos que irão influenciar e determinar a relação entre a saúde, o corpo, vida e seu convívio social.

A atitude das pessoas acerca de sua saúde, particularmente a saúde bucal, é moldada por suas vivências pessoais. Essas atuarão como determinantes de comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos de saúde bucal e no desenvolvimento de um padrão de comportamento relacionado aos mesmos. (...) No entanto, a adolescência é também a fase na qual o jovem pode adquirir um aprendizado relacionado a atitudes e comportamentos positivos que persistirão no futuro, representando um momento fundamental para a promoção da saúde. (DAVOGLIO et al, 2009).

Alguns autores como Olympio et al (2006) afirmam que se estas ações forem realizadas considerando os aspectos supracitados, terão grandes chances de serem incorporadas pelos sujeitos em suas vidas, para além da duração das ações. Portanto, pode-se inferir que ações de promoção da saúde executadas de acordo com a realidade e características dos diferentes territórios e dos sujeitos, possuem maior potência transformadora, pois atuam como fatores motivadores a adoção de bons hábitos de saúde por meio da identificação e reflexão sobre a própria saúde.

Em suas falas, o grupo de interesse relatou se sentir culpado pelos problemas de saúde que enfrentaram ao longo da vida nos momentos em que não realizaram o autocuidado em saúde bucal de acordo com as orientações das equipes de saúde bucal. Pode-se atribuir isto às dificuldades encontradas na operacionalização dos pressupostos da promoção da saúde que tratam da responsabilização dos sujeitos pela condução de suas vidas e corpos. Tal dificuldade pode ocasionar situações como estas, em que a população se sente responsável, e mais do que isso, culpada pelo seu adoecimento e com dificuldades para compreender que existe uma diferença entre o exercício responsável da cidadania na prática do autocuidado e a responsabilidade das políticas públicas no provimento das necessidades da população.

Em seu estudo sobre os diferentes contornos, práticas e questões da saúde pública e o advento da promoção da saúde, Marcondes (2004) afirmou que se as ações de promoção da saúde apontarem somente para a responsabilização da população sobre seu estilo de vida e saúde, em nada seria diferente do reducionismo proposto pela lógica anterior, que antes era focada na doença e agora, focada na concepção ampliada da saúde. Tal afirmação vai ao encontro das práticas de saúde implementadas anteriormente nas escolas no modelo higienista em que a população era culpabilizada pelos seus problemas de saúde.

Dentro deste contexto de concepção ampliada de saúde, o grupo de interesse relacionou a prática de atividades físicas como fatores importantes para a manutenção da saúde. Entretanto, o foco da avaliação produzida por estes sobre o tema em tela,

esteve muito mais relacionada às atividades de lazer do que às atividades desportivas, indo ao encontro da definição de promoção da saúde aqui adotada.

A prática de atividade física na infância e na adolescência tem vários efeitos possíveis: promover o desenvolvimento motor; fazer com que as crianças e os adolescentes se integrem; favorecer descobertas e discussões sobre o mundo em que vivem; propiciar situações vivenciais que favoreçam a socialização; oferecer subsídios para que as crianças e adolescentes possam compreender o seu corpo e seus limites, melhorar a auto-estima, a auto-confiança e a expressividade. (BOCCALETTO & MENDES, 2009)

Nesta pesquisa, a atividade física surgiu como mais uma possibilidade de interação, integração e de experimentação prazerosa da vida, relacionado ao “sentir-se” bem consigo mesmo e como consequência, “sentir-se” bem em relação aos demais sujeitos, ressaltando a saúde como uma produção social e extrapolando as questões biológicas. Nos documentos do PSE, a prática da atividade física foi relacionada ao bem estar, mas também ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade. (BRASIL, 2009)

E foi nesta mesma perspectiva que as questões relacionadas à alimentação despontaram relacionando-se ao prazer, afeto e ao cotidiano familiar. Pereira e Lang (2014) afirmaram que os hábitos alimentares são construídos a partir das experiências dos sujeitos e que estas, tornam-se referências que irão acompanhá-los ao longo da vida. Inferiram também que a maioria destas experiências marcantes foram vivenciadas no seio familiar e que por serem as primeiras, influenciarão as demais.

O principal problema quanto à alimentação da criança em idade escolar é a qualidade dos alimentos ingeridos, devido ao maior acesso e à preferência a alimentos ricos em energia, gorduras e carboidratos (...). Esse fato contribui para o aumento de problemas nutricionais, sendo assim, importante estimular a formação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis durante a infância e a adolescência (...). Um dos fatores para determinar uma alimentação balanceada é estabelecer diretrizes na alimentação diária, isto é, rotinas alimentares bem-definidas, pois não é só a qualidade e a quantidade da alimentação oferecida à criança que é importante. (BOCCALETTO & MENDES, 2009, p.16 e 17)

Além desta percepção sobre a alimentação relacionada ao prazer, houve o consenso de que alimentação representa saúde, direitos e que comer bem significa nutrir o corpo com fontes de energias para uma vida saudável. Esta questão, segundo CAB nº 24 (2009), deve ser abordada por todos os profissionais de saúde de nível superior durante as ações de saúde realizadas nas escolas e isso incluiu as equipes de saúde bucal em uma perspectiva preventiva e sistêmica.

O grupo de interesse demonstrou grande mobilização sobre o tema da alimentação e na mesma medida, pela temática da aparência que está intimamente relacionada à percepção dos adolescentes sobre o convívio social.

Neste período da vida, os adolescentes recebem diversos estímulos da família, seja pela herança cultural, étnica e social, bem como da escola por meio dos aprendizados que os auxiliam na compreensão de si e de sua participação na sociedade enquanto sujeito de direitos e principalmente do compartilhamento de conhecimentos e experiências entre pares na busca da construção de sua própria identidade. (BRASIL, 2010)

Esta construção também está relacionada à forma com a qual projetam sua Figura e como esta é recebida pelos outros. A preocupação com a estética e a aparência se torna uma questão ainda mais importante neste período, pois se relaciona diretamente à aceitação individual, social e profissional.

No que se refere ao compartilhamento dos aprendizados sobre saúde na escola, o material orientador das ações do PSE reitera que uma das potencialidades deste programa consiste na possibilidade de que os alunos participantes possam adquirir conhecimentos e repassá-los aos seus pares e familiares. Ou seja, que eles transmissores das orientações ofertadas pelas equipes de saúde bucal. (BRASIL, 2009)

Entretanto, o grupo de interesse relatou ter dificuldades em compartilhar o aprendizado com a família, pois perceberam que o interesse dos pais por estes assuntos estava vinculado ao estado de saúde e que diminuiu conforme eles foram crescendo e que, em alguns casos, os temas de saúde não representam assuntos importantes no diálogo familiar.

Talvez, a dificuldade na construção deste diálogo entre adolescentes e a família pode ser explicada pelos possíveis ruídos de comunicação entre eles em virtude da fase de desenvolvimento e construção da identidade vivenciada pelos adolescentes no que se refere ao rompimento da relação de controle dos pais e a construção de seus próprios modos de vida. (PRATTA & SANTOS, 2007).

#### 4.2.4. Prevenção de doenças

Na unidade de registro “prevenção”, o grupo de interesse relacionou o cuidado em saúde como fator importante para evitar e prevenir a ocorrências de doenças e agravos.

Cuidar *da saúde* da boca, dos dentes e do corpo é importante para prevenir infecções! (NS, GI1 menino, 14 anos).

Também é importante para prevenir dor de garganta! Depois fica saindo um negócio branco (*secreção*). (DT, GF1 menino, 14 anos).

É importante para prevenir doenças como o sapinho e escorbuto! (NR, GF1 menino, 13 anos).

Aprendi que cuidar *da saúde* da boca é importante para prevenir cáries nos dentes! E o que ela está perguntando é se o que a escola ensina afeta o que estamos fazendo... Que tem de escovar o dente para não ficar com “sabugo” (*língua saburrosa*) na boca e fedendo! Isso te afeta? Não, porque eu estou me prevenindo para não ficar com bafo (*mau hálito*). É isso que ela está perguntando... Não é isso mesmo? (TC, GF1 menino, 14 anos).

Que se a gente não cuidar dos dentes a gente perde né? Fica desdentado (*edêntulo*), é verdade né, tem que prevenir! (SC, GF2 menina, 13 anos).

Já na unidade de registro “Cárie”, foi possível identificar o conhecimento do grupo de interesse sobre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento desta doença.

Olha chiclete sem açúcar, só xilitol... Ninguém compra, mas tem que ter porque é importante para evitar as cáries! (*Se refere à Figura 08*). (TC, GF1 menino, 14 anos).

Se você não escovar os dentes, vai ficar com cárie e depois você pode ficar banguela (*edêntulo*)! E aí se você ficar desdentado, não vai conseguir comer e vai ficar desnutrido! Você pode morrer! (SC, GF2 menina, 13 anos).

Muitas vezes eles (*dentistas do CIEP*) pegavam no nosso pé falando que a gente tinha que escovar para não ter cárie. Então, a gente acabou aprendendo! (AL, GF2 menina, 13 anos).

Aprendi na escola que você precisa escovar os dentes para tirar o resto da comida! Que se você não escovar, vai acumulando comida, sujeira até desenvolver a cárie! (DS, GF2 menina, 14 anos).

Quanto à unidade de registro “gingivite”, o grupo de interesse demonstrou saber diferenciar os sinais referentes ao desenvolvimento da gengivite.

Gingivite é uma inflamação na gengiva, e por isso, ela fica sangrando... Por isso a escova tem que ser macia né? (TC, GF1 menino, 14 anos).

Isso aí é má escovação. (*se refere à Figura 12 sobre gengivite*). (DS, GF2 menina, 14 anos).

Figura 13: Gengiva saudável e não saudável.



GENGIVA SAUĐAVEL

GENGIVA COM GENGIVITE

Ué, ficar desdentado também é uma doença... Como aquela doença de gengiva, a gengivite! (AL, GF2 menina, 13 anos).

Ou é gengivite ou você escova muito forte mesmo. (*Se refere ao relato de seu colega sobre higiene bucal*). Olha aqui (*aponta para uma Figura 12*) a diferença entre uma gengiva saudável e outra não saudável. (SC, GF2 menina, 13 anos).

Tive gengivite e aprendi a cuidar mais dos dentes porque não quero que aconteça de novo! (LO, GF2, menino, 13 anos).

Aprendi coisas sobre *saúde bucal*, como escovar, usar fio dental, para evitar gengivite. (TT, GF2 menina, 13 anos).

No que se refere à prevenção de doenças e agravos em saúde bucal foram publicados, pelo Ministério da Saúde, materiais orientadores para a realização de ações de saúde nas escolas.

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado. A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. Para instituir a ATF recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada.

(Fonte documental: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004. p. 10.)

## Discussão

O conceito de prevenção de doenças aqui adotado consiste em práticas de saúde direcionadas para o enfrentamento de fatores de risco que possam levar ao adoecimento e surgimento de doenças. Na saúde bucal, as doenças cárie e periodontais são as mais prevalentes na população e em virtude disso, se configuram como temas bastante recorrentes nas ações de saúde bucal desenvolvidas nas escolas. (BRASIL, 2007).

Diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa, através da modificação de seus fatores etiológicos. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação do paciente ou população em relação à desorganização da placa bacteriana dentária, à restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor. (FIGUEIRA & LEITE, 2008)

Assim como as ações de promoção e de educação em saúde discutidas anteriormente, para a realização das ações de prevenção de doenças também é

necessário conhecer os aspectos sociais, econômicos e culturais da população a ser atendida. Pois somente desta maneira, será possível identificar às riscos determinada população está sendo exposta e quais as consequências disto a curto, médio e longo prazo.

Dependendo do que for identificado, as equipes de saúde bucal poderão trabalhar na perspectiva individual dos sujeitos, focando nos hábitos, técnicas de higiene dental e aplicação tópica de flúor. Na perspectiva coletiva, é necessário verificar se a água que abastece o território está fluoretada e caso não esteja, será necessário tomar as providências cabíveis junto a eles e aos responsáveis pela população, além de ofertar o flúor individualmente.

Ainda sim, muitos autores afirmam que a placa bacteriana dentária dentária *“apresenta-se como agente determinante de cárie dentária e periodontopatias, as quais se caracterizam como o principal problema no âmbito de odontologia sanitária (...)”* e que o seu controle e remoção mecânicos representam a defesa necessária para a prevenção destas doenças. Entretanto, afirmam que a maior dificuldade na sua implementação é a adesão e motivação dos sujeitos. (TOASSI & PETRY, 2002)

Segundo o grupo de interesse desta pesquisa, as ações de saúde bucal foram realizadas na escola com o intuito de prevenir o aparecimento de doenças bucais. E desta maneira, relacionam diretamente o hábito de escovar e usar o fio dental nos dentes como uma prática para evitar o aparecimento da doença cárie e da gengivite.

Além disso, eles demonstraram ter conhecimento sobre o desenvolvimento destas doenças, o que mostra que a associação entre ações de educação em saúde e de prevenção de doenças são estratégias potentes para o cuidado em saúde bucal. Ainda que, eles tenham compreendido que a escovação dental supervisionada, a aplicação tópica de flúor e de evidenciador de placa bacteriana dentária dentária como ações de promoção da saúde bucal, o grupo de interesse compreendeu o autocuidado em saúde como fator importante na prevenção de doenças.

### 4.3. Validação dos achados e recomendações do grupo de interesse

No que se refere à unidade de registro “kits de saúde bucal”, o grupo de interesse reivindicou a melhoria da qualidade destes kits e elaborou recomendações sobre a atuação das equipes de saúde bucal.

No kit de saúde bucal que eles (*equipes de saúde bucal*) entregam vem fio dental, escova e pasta de dentes dentro de um saquinho. (AM, GF3, menina, 13 anos).

Deveria ser uma escova firme com pelos macios (*cerdas macias*). (SC, GF2 menina, 13 anos).

Ah, os kits de saúde bucal tinham que ser melhores! (TT, GF2 menina, 13 anos).

O fio dental que vem no kit *de saúde bucal* não é muito bom porque desfia, mas o pior mesmo é a escova que é muito dura e se descabela (*cerdas estragam facilmente*) toda! (NS, GF3, menino, 14 anos).

A escova tem que ser fina e macia (*cerdas finas e macias*) para poder alcançar todos os dentes e conseguir entrar um pouco entre eles! (TC, GF3, menino, 14 anos).

Se a escova for muito dura vai machucar sua gengiva! (AM, GF3, menina, 13 anos).

O fio dental que vem no kit de saúde bucal até que dá para usar, mas a escova não! (DT, GF3, menino, 14 anos).

Ainda sobre os kits de saúde bucal, demonstraram compreender que o evidenciador de placas passou a não fazer mais parte do kit e relacionaram esta questão ao mau uso deste produto pelos alunos.

Mas na época do CIEP, além do fio dental, pasta e escova de dente, também entregavam uma pasta rosa (evidenciador de placa bacteriana), só que pararam de entregar porque muita gente usava para pintar o cabelo, passar na roupa e nas paredes! (DS, GF3, menina, 14 anos).

Essa pasta rosa (evidenciador de placa bacteriana) era para passar nos dentes após a escovação. Nossa boca ficava rosa quando não escovávamos direito, só que tinha muita gente que não sabia fazer e ficava todo manchado. (AM, GF3, menina, 13 anos).

Agora as equipes de saúde bucal não entregam mais a pasta rosa para gente. Agora só entregam o fio dental, escova e pasta de dente. (DT, GF3, menino, 14 anos).

Ressaltaram que a entrega do kit de saúde bucal não se configura como uma ação suficiente para o aprendizado necessário para higiene bucal e que gostariam de receber orientações consistentes sobre o autocuidado.

Eles (*equipe de saúde bucal*) tinham que dar aula para gente sobre o uso deles (*kits de saúde bucal*)! (TT, GF2 menina, 13 anos).

Nas duas vezes que eles (*equipes de saúde bucal*) vieram aqui *na escola*, eles entregaram. Eles vêm para olhar a nossa boca (*avaliação clínica*) e aí na segunda vez eles entregam o kit *de saúde bucal*. Acho isso muito chato e eles passam pouco tempo aqui. Podiam incentivar a gente a usar o flúor também! (DS, GF3, menina, 14 anos).

A gente não escova os dentes aqui na escola. Eles (*as equipes de saúde bucal*) entregam os kits e a gente volta para a sala. Não escovamos aqui não! (NS, GF3, menino, 14 anos).

Na unidade de registro “avaliação clínica”, o grupo de interesse relatou que as equipes de saúde bucal realizam a avaliação clínica da saúde bucal dos alunos, mas não compartilham a situação de saúde identificada e não orientam o que eles devem fazer para se manterem saudáveis.

Podia ser de uma maneira diferente, eles (equipes de saúde bucal) só avaliam a saúde da boca, anotam o que identificam e entregam o kit! Podiam explicar mais sobre a escovação! (DS, GF3 menina, 14 anos).

Eles (*equipes de saúde bucal*) olham (*avaliam clinicamente*) para ver se temos cárie e anotam... Eles não explicam muita coisa... Só chamam a gente ao invés de explicar! (DT, GF3, menino, 14 anos).

Eles fazem exame em todos os alunos (*avaliação clínica*), usam instrumentos nos nossos dentes. Tem um que parece um espelho e o outro tem uma ponta que eles arrastam nos dentes (*se refere ao kit clínico odontológico*). (AM, GF3, menina, 13 anos).

E se você tiver algum problema, eles (equipes de saúde bucal) entregam um papel para ir ao dentista da clínica da família. (DT, GF3, menino, 14 anos).

Entretanto, o grupo de interesse revelou que na escola anterior, CIEP, as ações de saúde bucal eram realizadas de outra forma.

No CIEP não era assim! Eles (*os dentistas*) vinham, a gente formava uma fila, entregavam pasta, mandavam a gente ia escovar os dentes, depois passavam flúor e só depois examinavam nossos dentes. (AM, GF3, menina, 13 anos).

Verdade, mas eles ficavam sempre dentro da escola em uma sala separada! (DT, GF3, menino, 14 anos).

Eles ficavam na sala deles ou no auditório e aí chamavam de cinco em cinco pessoas para fazer isso (*avaliação*). Nessa época era melhor porque eles estavam sempre com a gente, tratavam e colocavam massinha (*tratamento restaurador*)! Nós éramos atendidos lá mesmo! (DS, GF3, menina, 14 anos).

O contexto imediato das unidades de registro anteriores corresponde, em parte, a oitava linha de ação do programa saúde na escola – a avaliação da saúde bucal. Nessa linha, as equipes de saúde bucal devem realizar a avaliação clínica, realizar atividades de educação em saúde e entregar os kits de saúde bucal aos das escolas vinculadas ao PSE.

**Ações:** Educação em saúde bucal; - Escovação dental supervisionada; - Entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental; - Aplicação tópica de flúor (ATF).

(Fonte documental: Passo-a-passo Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Componente I: Avaliação clínica e psicossocial, páginas 33 e 34, ano 2011).

Na unidade de registro “ação não promotora de saúde” o grupo de interesse sinalizou que algumas das orientações fornecidas pelas equipes de saúde bucal não são executáveis no dia a dia dos adolescentes.

Uma coisa que dificulta é a forma como eles (*equipes de saúde bucal*) realizam as atividades *na escola*. Eles falam “escovem o dente cinco mil vezes por dia”, como se fosse uma coisa chata, mas que na verdade é uma coisa simples! Aí a criança não vai querer fazer... Sabe? Fazem disso uma tempestade! Isso é chato. (TC, GF1 menino, 14 anos).

Por exemplo, tem que mastigar mais de 50 vezes a comida pra poder engolir. Mas às vezes você não tem esse tempo! As informações são exageradas! (NS, GF1 menino, 14 anos).

Acho o que eles fazem muito chato e eles passam pouco tempo aqui. (DS, GF3, menina, 14 anos).

O grupo de interesse elaborou algumas sugestões visando à melhoria da condução e desenvolvimento das ações de saúde bucal realizadas na escola na unidade de registro “participação dos alunos”. Dentre elas, se mostraram favoráveis ao uso de outras ferramentas para torna-las mais dinâmicas e interessantes.

Eles (*as equipes de saúde bucal*) podiam usar as redes sociais, a gente ia interagir bem mais aqui na escola! (DT GF1 menino, 14 anos).

As redes sociais ajudam a ficar perto das pessoas e descobrir coisas novas. (Sobre o seu uso como estratégia para a realização das ações de saúde na escola). (JM, GF1 menina, 13 anos).

Se a aula fosse que nem música, todo mundo ia aprender e gravar rapidinho! No intercâmbio que eu fiz, a gente aprendeu a maioria das coisas do inglês fazendo isso. A gente gravava muito rápido! (GS, GF1 menina, 14 anos).

Acho que podia ser um stand up sobre saúde bucal. (TC, GF1 menino, 14 anos).

Eu também acho que podia ser igual ao professor de história! Ele passa vídeos e música! (DS, GF3, menina, 14 anos).

Nesta mesma unidade de registro, o grupo de interesse se posicionou de maneira positiva ao aumento do protagonismo dos alunos nas ações de saúde bucal realizadas na escola.

A gente podia ser auxiliar deles (*das equipes de saúde bucal*) durante as atividades *realizadas nas escolas*. (SC, GF2 menina, 13 anos).

Queria participar mais e de uma maneira mais positiva das ações de saúde bucal realizadas na escola! A gente podia ir chamando os alunos e explicar sobre o tema! (DS, GF2 menina, 14 anos).

A gente ia gostar de participar! (AM, GF2 menina, 13 anos; AL, GF2, menina, 13 anos; DS, GF2 menina, 14 anos; SC, GF2 menina, 13 anos).

É. Eles, equipes de saúde bucal, podiam mostrar como fazer, dar uma chance para nós tentarmos! (AM, GF2 menina, 13 anos).

Eu ia gostar de participar mais das ações de saúde bucal aqui na escola! (AM, GF3, menina, 13 anos).

Apesar da maioria dos adolescentes terem se mostrado favoráveis a participar mais destas atividades, nesta discussão não houve consenso, pois alguns deles suscitaram questões sobre a maneira com a qual alguns alunos iriam se sentir enquanto protagonistas.

Se você for um cara que chama atenção e que quer aprender uma coisa nova, todos vão te chamar de nerd! (DT GF1 menino, 14 anos).  
É porque tem gente que não gosta de participar, porque fica com medo de serem zoados (*sofrer bullying*). Eu não ligo pra isso! (GS, GF1 menina, 14 anos).

Além disso, ainda na mesma unidade de registro, o grupo de interesse sinalizou interesse em participar de rodas de conversa sobre outros temas de saúde junto com as equipes de saúde bucal.

E também, eles (*equipes de saúde bucal*) falam sempre a mesma coisa, que temos que escovar os dentes. Eles podiam falar sobre outros assuntos. (TC, GF3, menino, 14 anos).  
A gente é adolescente... Podiam falar sobre a puberdade e essas coisas! (DT, GF3, menino, 14 anos).  
Tinha aqui uma professora que dava aula sobre cidadania e ela falava sobre tudo! Tinham vezes que era sobre drogas, adolescentes e puberdade! (DS, GF3, menina, 14 anos).  
Também falava sobre o uso da camisinha! (AM, GF3, menina, 13 anos).  
Ela era divertida, mas eles (*equipes de saúde bucal*) também podiam falar sobre isso. Por exemplo, a maconha faz mal para os dentes! (DT, GF3, menino, 14 anos).

Já na unidade de registro nomeada como “escola como ambiente saudável”, o grupo de interesse levantou algumas questões sobre a organização e funcionamento da carga horária escolar e a falta de incentivo desta instituição para o autocuidado em saúde bucal. Segue abaixo os relatos sobre o tempo do recreio na escola.

Nós não prestamos atenção no que comemos aqui na escola porque não temos muito tempo de recreio. Também não temos tempo para escovar os dentes. Ou ficamos na fila para almoçar ou escovamos os dentes. (SC, GF2 menina, 13 anos).  
Quando terminamos de almoçar na escola, não podemos subir, pois a sala de aula *desta escola* fica fechada. Não dá para pegar a escova e pasta de dentes. Temos apenas 20 minutos de recreio. (AM, GF2 menina, 13 anos).  
A gente também não escova aqui por causa do tempo do recreio. São vinte minutos que a gente gasta quase todo na fila para pegar a comida. (DS, GF3, menina, 14 anos).

Além de considerarem o tempo disponibilizado para o recreio curto, ainda sinalizaram que não se sentem à vontade para escovar os dentes no banheiro da escola.

E também dá vergonha de ficar escovando os dentes na frente das meninas no banheiro da escola. *Além disso*, ninguém traz escova e pasta de dentes e não dá tempo! Se a fila estiver muito grande, a gente vai ter dez minutos e cinco

para comer. Depois que eu como, vou ao banheiro joga água na boca e saio para conversar por cinco minutos e aí acabou o recreio! (DS, GF2 menina, 14 anos).

Todo mundo só lava a boca assim (*mostra que é enxaguando*) no banheiro da escola após comer na escola durante o recreio. (AL, GF2 menina, 13 anos).

Fico com vergonha de escovar os dentes no banheiro da escola e o recreio é muito curto! (LO, GF2, menino, 13 anos).

A gente não escova os dentes aqui na escola em momento nenhum. E até depois de comer, a gente só passa água na boca e depois volta para o recreio ou para sala de aula, dependendo do tempo que temos. (AM, GF3, menina, 13 anos).

Eu até trazia minha escova e pasta de dentes, mas parei de trazer porque aqui na escola, ninguém escova os dentes. (DT, GF3, menino, 14 anos).

O grupo de interesse concluiu que a duração do recreio deveria ser maior para que eles pudessem ter mais tempo para se alimentar, realizar a higiene bucal e aproveitar o restante do tempo para brincar e conversar com outros alunos.

Na verdade nem é isso tudo, porque os vinte minutos de recreio perdemos quase todo na fila. (SC, GF2 menina, 13 anos).

O recreio tinha que durar meia hora ao invés de apenas vinte minutos! (AM, GF2 menina, 13 anos) e (GO, GF2 menino, 14 anos).

É... Meia hora! (SC, GF2 menina, 13 anos).

Meia hora no mínimo! (LO, GF2, menino, 13 anos).

Se o recreio durasse meia hora daria pra comer, escovar os dentes, subir para guardar a escova e descer para ficar dez minutinhos no recreio. (AM, GF2 menina, 13 anos).

O tempo do recreio é muito curto, tinham que ser uns trinta minutos pelo menos! (NS, GF3, menino, 14 anos).

Relataram também sobre a época em que estudavam no CIEP.

Nos tempos CIEP, tinha a hora de escovar os dentes. A gente voltava do recreio e a professora mandava de dois em dois para escovar. E a gente ia, escova, se arrumava e voltava para a sala de aula. (DS, GF3, menina, 14 anos).

Sinto falta disso tudo (*se refere aos tempos em que estudava no CIEP*), sinto falta do tempo do recreio que era maior, da limpeza, das tias! (NS, GF3, menino, 14 anos).

Ainda na unidade de registro, “escola como ambiente saudável”, o grupo de interesse relatou que em alguns momentos, principalmente durante as aulas sobre ciências, existe correlação incipiente, entre os assuntos abordados pelas equipes de saúde bucal.

Nas aulas a gente fala sobre saúde e não sobre os dentes! (AM, GF2 menina, 13 anos).

As aulas são sobre a saúde geral do corpo. (LO, GF2, menino, 13 anos).

Sim, a boca faz parte do corpo humano, mas a gente não conversa muito sobre a boca. A gente está falando agora sobre o que tem dentro do corpo... Intestino delgado... (AM, GF2 menina, 13 anos).

*Sim a boca faz parte do corpo*, mas nós falamos mais sobre o organismo como um todo mesmo. Como por exemplo, a importância de triturar bem os alimentos. (LO, GF2, menino, 13 anos).

É a boca, a faringe... (DS, GF2 menina, 14 anos).

*Sim a boca faz parte do corpo* e no momento estamos falando sobre digestão! Aí falamos sobre escovar os dentes e mastigar bem para fazer a digestão mecânica que começa pela boca. (SC, GF2 menina, 13 anos).

Tem até uma pequena parte que a gente estudou que caiu numa prova da SME que era sobre isso. Se você não tratasse seus dentes, eles iam ficar fracos e não iam poder fazer a digestão mecânica. (AL, GF2 menina, 13 anos).

Tipo assim, falamos sobre a boca e até falam que tem que cuidar da boca também! (DS, GF3, menina, 14 anos).

#### 4.3.1. Recomendações do grupo de interesse

Sobre os kits de saúde bucal distribuídos pelas equipes de saúde bucal, o grupo de interesse chegou ao consenso de que estes não são de boa qualidade e que por isso, não são utilizados como insumos para a remoção e controle da placa bacteriana dentária dentária porque estragam facilmente, as cerdas da a escova e o fio dental, e logo são descartados pelos alunos.

Barros, Pernambuco e Tomita (2001) afirmam que a higiene bucal se configura como o principal método preventivo para as doenças cárie e periodontais e que por isso, a *“odontologia tem focado a orientação nos cuidados com a saúde bucal, enfatizando a importância de se utilizar uma escova que permita a aplicação de métodos preventivos eficazes, com alcance coletivo e impacto social”*. Além disso, em seu estudo sobre a história da trajetória dos cuidados com a higiene bucal e a evolução das escovas dentais ao longo do tempo, inferem que a escova dental deve apresentar, segundo as orientações da American Dental Association:

(...) tufo com o mesmo comprimento, cabeça e hastes situadas em um mesmo eixo, leveza, impermeável à umidade, fácil limpeza, cabeça contendo 3X6 tufo, cerdas de nylon, fácil manipulação, durabilidade, eficácia, baixo custo e ser agradável à vista. (BARROS et al, 2001)

Portanto, sugerem a melhoria da qualidade das escovas e fio dentais que compõe os kits de saúde bucal e que são distribuídos para todos os alunos da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro.

Além disso, o grupo de interesse concluiu que o evidenciador de placa bacteriana dentária, antes distribuída em conjunto com os demais itens dos kits de saúde bucal e que se configura como um potente índice de presença de placa e largamente

utilizado na escovação dental supervisionada, fora retirado do mesmo por causa da falta de monitoramento sobre o seu uso. Tal situação acarretou a má utilização e o desperdício deste recurso tão importante nas atividades educativo-preventivas em saúde bucal. (ROVIDA et al, 2010)

O grupo de interesse também se posicionou de maneira desfavorável a forma com a qual a avaliação clínica em saúde bucal é realizada na escola. Concluíram que gostariam de receber maiores informações sobre o seu estado de saúde identificado pelas equipes de saúde bucal, bem como sobre os cuidados em saúde e o desenvolvimento das doenças de maior prevalência supracitadas a partir de atividades coletivas como palestras.

Sobre a participação dos alunos no planejamento destas ações, o grupo de interesse não chegou a um consenso, mas de maneira geral, sugeriu que houvesse maior participação dos alunos na organização e execução das ações de saúde bucal realizadas na escola. Sugeriram até que eles poderiam auxiliar as equipes de saúde bucal, mostrando um grande interesse pelo tema e o desejo de desenvolver um maior protagonismo dentro da escola.

Ainda sobre a atuação das equipes de saúde bucal, e dentro do contexto da unidade de registro “ação não promotora de saúde” o grupo de interesse solicitou que as ações realizadas apresentassem uma abordagem e linguagem mais próximas dos adolescentes, público-alvo do PSE na escola-território desta avaliação. Salientaram que poderiam ser utilizadas ferramentas como as redes sociais para aumentar a interação entre os alunos e a aproximação destes com os temas discutidos.

Ressaltaram também, que as equipes de saúde bucal poderiam falar sobre outros assuntos relacionados ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes como a puberdade, sexualidade, uso de drogas e álcool. Concluíram que estes temas são tão importantes quanto os que tratam sobre cuidados em saúde bucal.

Além destas sugestões, o grupo de interesse pontuou que as ações realizadas nos tempos do CIEP eram mais satisfatórias por serem melhor organizadas e acontecerem com maior frequência e relacionaram isso ao fato dos profissionais de saúde ficarem instalados dentro da instituição de ensino o tempo todo.

A lógica da organização do PSE atualmente fundamentada nos princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, não favorece a esta logística adotada nos CIEPs, entretanto, a avaliação do grupo de interesse sobre a atuação das equipes de

saúde bucal, sugerem uma modificação no processo de trabalho e na organização das agendas destas equipes de maneira a favorecer o aumento da frequência das ações realizadas na escola.

Sobre o incentivo da escola enquanto ambiente saudável, o grupo de interesse estabeleceu relação imediata com os assuntos discutidos em sala de aula, principalmente nas aulas de ciência, se mostrando favorável a uma maior integração e abordagem dos temas relacionados aos cuidados em saúde em sala de aula.

Ainda neste contexto, o grupo de interesse sugeriu alterações na grade horária diária em virtude do pouco tempo disponibilizado para o recreio. Esta constatação surgiu após chegarem à conclusão de que não conseguem ter tempo o suficiente para aguardar o almoço, comer e se divertir, pois passam a maior parte do tempo na fila de espera do refeitório.

Também sugeriram que a escola os incentivassem a levar escova, fio dental e dentifrício e a armazená-los em sala de aula. Sugeriram ainda que a sala ficasse destrancada durante o recreio para facilitar a inclusão da higiene dental como um hábito escolar e assim, dessa maneira, eles se sentiriam mais à vontade para escovar os dentes no banheiro da escola, tal como era no CIEP.

#### **4.4. O Dispositivo de avaliação das ações de saúde bucal realizadas nas escolas.**

Como produto da análise dos achados e resultados desta pesquisa foi elaborado um dispositivo para contribuir na inclusão da participação dos alunos na avaliação das ações de promoção de saúde bucal pela perspectiva dos usuários do PSE a partir das recomendações feitas pelo grupo de interesse. A proposta é que este dispositivo possa ser utilizado em avaliações futuras pela saúde e pela educação.

#### **Dispositivo de Avaliação das ações de saúde bucal realizadas nas escolas**

##### **Kits de Saúde Bucal**

- 1) Quem distribui os kits de saúde bucal na sua escola?
 

<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> Professor
<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família	<input type="checkbox"/> ACS
- 2) O profissional que distribui os kits, faz orientações sobre escovação e uso do fio dental ?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------
- 3) De quanto em quanto tempo você recebe o kit de saúde bucal?
 

<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

- 3 meses                       6 meses                      Outros: \_\_\_\_\_
- 4) Por quanto tempo você consegue usar a escova dental sem que as cerdas se estraguem?  
 2 meses                       4 meses                       12 meses  
 3 meses                       6 meses                      Outros: \_\_\_\_\_
- 5) E fio dental, quando você usa, ele desfia?  
 Sim                       Não
- 6) Você escova os dentes na escola?  
 Sim                       Não
- 7) Caso tenha marcado não, escolha uma destas opções:  
 A escola não incentiva                       Não tenho tempo  
 Não tenho onde escovar                       Não tenho onde guardar a escova  
 Outros: \_\_\_\_\_
- 8) Gostaria de fazer alguma sugestão sobre a distribuição e a qualidade dos kits de saúde bucal? E sobre a escovação dental supervisionada?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **Avaliação Clínica – Saúde Bucal**

- 9) As equipes de saúde bucal avaliam a condição de saúde da boca e dos dentes?  
 Sim                       Não
- 10) As equipes de saúde bucal informam o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes?  Sim                       Não
- 11) As equipes de saúde bucal fazem orientações sobre a higiene bucal após a avaliação?  Sim                       Não
- 12) Quando necessário, as equipes de saúde bucal encaminham para atendimento no consultório?  Sim                       Não
- 13) Gostaria de fazer alguma sugestão sobre a atuação das equipes de saúde bucal na avaliação clínica?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **Atuação das equipes de saúde bucal – diálogo sobre saúde**

- 14) As equipes de saúde bucal conversam sobre a importância do sorriso?  Sim  
 Não
- 15) As equipes de saúde bucal conversam sobre alimentação e os riscos para a saúde da boca e dos dentes  Sim                       Não
- 16) As equipes de saúde bucal conversam sobre a importância da prática de atividades físicas?  Sim                       Não
- 17) As equipes de saúde bucal conversam sobre outros temas relacionados à sua idade?  Sim                       Não
- 18) Gostaria de sugerir outros temas/assuntos de saúde para serem conversados na escola?  
 \_\_\_\_\_

---

---

---

**Atuação das equipes de saúde bucal – protagonismo dos alunos**

**19)** O que você acha da maneira que as equipes de saúde bucal conduzem as atividades?

Interessante                       Desinteressante

Divertida                             Chata

Participativa                         Monótona

Outros: \_\_\_\_\_

**20)** Você acha que estas atividades estão de acordo com a sua idade?

Sim                       Não

**21)** Dentre estas atividades, qual (is) você prefere? (pode marcar mais de uma opção).

Palestras                               Teatro

Rodas de conversa                     Música

Outros: \_\_\_\_\_

**22)** Você gostaria de participar mais ativamente dessas atividades?  Sim  Não

**23)** Se marcar sim, de que maneira você gostaria de participar?

---

---

---

---

**24)** Gostaria de sugerir outros tipos de atividades?

## Capítulo V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Apesar do advento da promoção da saúde e das novas formas de produção de saúde, é possível inferir que não ocorreram muitas mudanças na elaboração e implementação de práticas no que tange a saúde escolar ao longo do século XX.

Talvez, a principal diferença entre a saúde escolar fundamentada no discurso higienista e a nova, enriquecida pelos pressupostos da promoção da saúde – Estratégia de Saúde da Família esteja no discurso. Segundo o grupo de interesse, a avaliação das ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas possuem caráter assistencialista e higienista, pois se restringem, em sua maioria, a avaliação clínica, encaminhamento à Clínica da Família quando necessário e entrega de kits de saúde bucal para que os alunos sem orientação direta sobre o seu uso.

As escolas representam o ensaio da vida, pela oportunidade oferecida às crianças e jovens de convivência em sociedade, de obtenção de matéria- prima para concepção e articulação de pensamentos próprios e pela apresentação da realidade do seu entorno social e cultural. E em virtude disso, a escola continua sendo considerada um local estratégico para o alcance da população em idade oportuna para a transmissão de conhecimento em saúde e para a realização de ações educativo-preventivas em saúde bucal com adolescentes.

Os adolescentes, em transição da vida infantil para a vida adulta, se encontram em um período delicado de construção da própria identidade a partir de suas experiências vivenciadas em casa, na escola e em outros espaços sociais. Em razão desta característica peculiar, constituem um importante grupo para avaliar as ações de promoção de saúde bucal realizadas nas escolas com alta criticidade.

Considerando os aspectos abordados e discutidos ao longo deste estudo e a não identificação de questões relacionadas ao PSE no questionário de entrevista ao usuário do PMAQ-AB, tornou-se premente no contexto da participação social e do exercício da cidadania a avaliação destas ações na perspectiva do público-alvo do PSE da escola selecionada, os adolescentes.

Desta forma, a expectativa desta pesquisa é que esta possa levar contribuições para o cenário de avaliação das ações do PSE com vistas à valorização da voz dos usuários do programa de saúde, podendo então enriquecer o campo de estudos sobre

avaliação de programas de saúde na Atenção Básica e fornecer subsídios para a inclusão destes questionamentos nas próximas avaliações.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Caderno de. Saúde Pública, Ago 2004, vol.20, no.4, p.1020-1028.

ALMEIDA, V. de P. Avaliação de Programas Sociais: De Mensuração de Resultados para uma Abordagem Construtivista. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006.

ANTONIO, M.A.R.G.M. e TEIXEIRA, R. T. Saúde escolar e Saúde do escolar. In Estratégias de promoção da saúde do escolar: Atividade Física e Alimentação. Campinas: IPES, 2010. 155P.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, J. P. P. Biopolítica e Educação: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. Revista Educação e Realidade [online], Porto Alegre Jan/Mar 2013, vol. 38, n. 1.

BARROS, O.B. et al. Escovas dentais. Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos, v.4, n.1, p. 33-8, jan./abr., 2001.

BOCCALETTO, E.M.A. & MENDES, R.T. Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo (SP). Campinas: IPES Editorial, 2009. 196p. : il.

BRANDÃO, C. R. & BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 6, p.51-62. jan./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. 30 anos de atividades em Saúde Pública. 1942 – 1972.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. p. 27894. (LDB, 1996)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais : introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 1997. 126p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Informes Técnicos Institucionais. A promoção da saúde no contexto escolar. Health promotion in schools. Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de

Saúde/MS\*. Rev Saúde Pública 2002b; 36(2):533-5 533. Disponível em <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004.

\_\_\_\_\_. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas. 2005b

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n° 749, 2005c.

\_\_\_\_\_. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007a. 304 p. –(Série Promoção da Saúde; n. 6)

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n°. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília: Casa Civil, 2007b. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2007/Decreto/D6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Decreto/D6286.htm)>

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n° 17, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica; n. 17, 2008a.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n° 1861, 2008b.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n° 675, 2008c.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n° 1.399, 2008d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais de saúde e educação. 2008e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008d. 100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica; n. 24, 2009a. (PSE, 2009)

\_\_\_\_\_. Decreto n° 7.083, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo-a-passo Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersetorialidade. Ano 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal do DAB. Programa Saúde na Escola. Orientações gerais sobre as diversas ações dos componentes I e II. Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e lazer. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor PSE. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BEZERRA, L. C. A. et al. Modelagem de Programas: Da teoria à operacionalização. In: Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Páginas 15-28. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.

CAMPOS, J.A.D.B. et al. Educação em Saúde na adolescência. *Ciência Odontológica Brasileira* 2003 out./dez.; 6 (4): 48-53.

CAVALCANTE, R. B. et al. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.:Est.*, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014

CARVALHO, R.W.F. et al. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal - *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(0); 1621-1628; 2011.

CRUZ, N. O. ; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS - ABEP, 4 a 8 de novembro de 2002, Ouro Preto. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/38041122/Grupos-Focais-Otavio-Cruz-Neto-Et-Al#>>

>Acesso em: 20 outubro 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198. Disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

CYRINO, E. G. & PEREIRA, M. L. T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. Caderno de Saúde Pública, 1999, vol.15, suppl.2, p.S39-S44.

DAVOGLIO, R.S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3): 655-667, março, 2009.

DIAS, O. V. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. Revista Pró-univerSUS, Vassouras, v.1,n. 1, páginas 11-26, julho/dezembro, 2010.

EIRAS, D.P.C.S.; ARAÚJO, M.M.; SEQUEIRA, M.R.; ALMEIDA, S.Z.F. A construção coletiva de um projeto político-pedagógico: somando olhares e dividindo esforços pela educação infantil. 2013.

ELY, et al. (\*) Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, SAÚDE BUCAL. Mimeo. Brasília/Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009.

FELICIANO, K. V. O. Abordagem qualitativa na Avaliação em Saúde. In: Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Páginas 15-28. 2010

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Ciência e Saúde Coletiva, Dez 2012, vol.17, no.12, p.3385-3398.

FERRIANI, M. G. C. & CANO, M. A. T. O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto. Revista. Latino-Americana de. Enfermagem, Out 1999, vol.7, no.4, p.29-38.

FIGUEIRA, T.R. & LEITE, I.C.G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008.

FIGUEIREDO, T. A. M. et al. A saúde na escola: um breve resgate histórico. Ciência e Saúde Coletiva, Mar 2010, vol.15, no.2, p.397-402.

GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

GRANVILLE, G. Adolescents knowledge of oral health: a population-based study - *Revista Odonto Ciência*; 25(4); 361-366; 2010-12.

GREENWOOD, J. Arts-Based Research: Weaving Magic and Meaning. *International Journal of Education & the Arts*, 13(Interlude 1). 2012. Disponível em <<http://www.ijea.org/v13i1/>>. Acesso em 14 junho 2017.

GUBA, E. G. & LINCOLN, Y.S. Avaliação de quarta geração. Tradução Beth Honorato. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. ISBN 978-85-268-0936-9.

HADDAD, F. O Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas. MEC--Ministério da Educação, INEP--Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008.

HARADA, J. et al. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. 2005a. Disponível em <[www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)>

IERVOLINO, S.A. & PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

INSTITUTO MUNICIPAL PEREIRA PASSOS. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Coleção Estudos Cariocas. Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010. Fernando Cavallieri, Adriana Vial – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. ISSN 1984-7203. Nº 20120501 Maio – 2012.

KANTORSKI, L.P. et al. Fourth-generation evaluation – methodological contributions for evaluating mental health services. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.343-55, out./dez. 2009.

KUSMA, S. Z. et al. Promoção da Saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28. Sup: S9-S19, 2012.

LAROCCA, L.M.; MARQUES, V.R.B. Sanitizing, caring and civilizing: the medical discourse for schools in the State of Paraná (1920-1937). *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.35, p.753-66, out./dez. 2010.

LIMA, GZ. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez; 1985

LIMA, C.M.G. et al. Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal e crianças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Artigo Original 19(1):[08 telas] jan-fev 2011.

MACIEL, E. L. N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Mar 2010, vol.15, no.2, p.389-396.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004.

MATTOS, A.M.. Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.257-261 . Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

MEIRELLES, M.C.P. et al. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. *J Nurs Health*, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):63-74.

MELLO, D. A et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3):583-595, jul-set, 1998.

MENDES, Maria Isabel B. de Souza; NÓBREGA, Terezinha P. da. O Brazil-Medico e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.209-219, jan.-mar. 2008.

MOHR, A. & SCHALL, V. T. Trends in Health Education in Brazil and Relationships with

MOLL, J. and RABELO, M. K. O. (Re)conhecendo o território escolar e mapeando o sentido do ser-jovem: contribuições dos programas e projetos intersetoriais para superação das vulnerabilidades do escolar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Out 2010, vol.15, suppl.2, pp.3023-3025.

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

MOREIRA, L.S. A educação do Corpo nos Centros Integrados de Educação Pública (1983-1987/1991-1994). Dissertação UFRJ. 2015

MOURA, J. B. V. S. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, abr/jun 2007, v. 14, n. 2, pp. 489-501.

MOURA, J. B. et al. Environmental Education. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (2): 199-203, abr/jun, 1992.

MORENO, M.T. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2,p.489-501, abr.-jun. 2007.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp): 141-7.

OLIVEIRA, C.B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 635-644 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

OLIVEIRA, D. A. A gestão democrática da educação no contexto da reforma do estado. IN: FERREIRA, Naura Syria Carapeto (Org.) *Gestão da educação: impasses, perspectivas e compromissos*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 91-112.

OLYMPIO, K.P.K et al. Prevenção da cárie e doença periodontal em Ortodontia: uma necessidade imprescindível. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. Maringá, v. 11, n. 2, p. 110-119, mar./abril 2006.

OTTAWA. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

PAIVA, C. H. A. & TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. V.21, n. 1, janeiro – março 2014, p. 15-35.

PENTEADO, R.Z. et al. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 17(1): 9-17, abril, 2005.

PEREIRA, M.M. & LANG, R.M.F. Influência do ambiente familiar no desenvolvimento o comportamento alimentar. *Revista Uningá*, Volume 41, pp. 86-89 (Agosto - Outubro 2014).

PRATTA, E.M.M. SANTOS, M.A. Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.173-180 . Online disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. Áreas Programáticas – Bairros. Disponível em, <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: 18 julho 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Territórios Integrados de Atenção à Saúde – Área Programática 2.1. Disponível em < <http://teias21.blogspot.com.br/2011/12/programa-saude-na-escola.html>>.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. 2009

ROCHA, S. A educação como ideal eugênico: o movimento eugenista e o discurso educacional no boletim de eugenia 1929-1933. Cadernos de pesquisa, v. 6, n. 13, 2011.

ROVIDA, T.A.S. et al. Controle da placa dentária e suas formas de registro. Revista Odontológica de Araçatuba, v.31, n.2, p. 57-62, Julho/Dezembro, 2010.

SAMICO, I et al. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. 2010.

SANTOS, P.A. et al. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. Rev. Odontol. UNESP, São Paulo, 31(2): 205-214, 2002.

SANTOS, I.U.M. A saúde entra na escola. Ponto de Vista, Florianópolis, n. 8, p. 97-120, 2006.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem., Dez 2012, vol.65, no.6, p.1026-1029.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, C.P et al. Educação em Saúde: Uma revisão histórico – crítica com enfoque no Município de Sobral – CE. S A N A R E, Sobral, v.9,n.2, p.29-37,jul./dez.2010

SILVA, C. S. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro. / Carlos dos Santos Silva. Rio de Janeiro : s.n., 2010. 198 f. tab., graf.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2539-2550, 2010.

SILVESTRE, J. A. C. et al. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. Cadernos ESP, Ceará 7(2): 28-39 jul./dez. 2013

SOARES, C. B. et al. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. Caderno de Saúde Pública, Ago 2003, vol.19, no.4, p.1153-1161.

SOUZA, G.B. et al. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes - Saúde em Debate; 36(95); 562-571; 2012-12.

TOASSI, R.F.C. & PETRY, P.C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. Rev Saúde Pública 2002;36(5):634-7 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).

TURRIONI, A.P.S. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.7, pp.1841-1848. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700023>.

UNFER, B. & SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Revista de Saúde Pública, 34(2): 190-5, 2000. [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)

UNICEF — Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância — 1993. Nova York: 1993.

URSS. Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978.

VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos, v.4, n.3, set./dez. 2001.

VETTORE, M.V.; MOYSÉS, S.J.; ISER, B.P.M. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 Sup:S101-S113, 2012.

VIERO, V. S.F. et al. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. Esc. Anna Nery [online]. 2015, vol.19, n.3, pp.484-490. ISSN 1414-8145. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150064>> Acesso em 16 agosto 2017.

VIVA COMUNIDADE. Sistema de Informação. Área Programática 2.1. Relatórios Assistenciais e de Prestação de Contas. 2013

WADSWORTH, J.E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. Rev. bras. Hist. vol.19 n.37 São Paulo Sept. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010201881999000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010201881999000100006&script=sci_arttext) Acesso em: 20 abril 2016.

ZUCOLOTO, P.C.S.d, PATTO, M.H.S. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano, 2007 17(1):136-145.

## ANEXOS

---

**Anexo A – Questionário dos alunos**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: F( ) M ( ) 4. Telefone: \_\_\_\_\_
3. Endereço: \_\_\_\_\_
4. Email: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade: ( ) Não estudou  
( ) 1º grau incompleto  
( ) 1º grau completo  
( ) 2º grau incompleto  
( ) 2º grau completo  
( ) Superior incompleto  
( ) Superior completo
6. Desde que ano participa das ações de saúde bucal na sua escola?  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICES

### Apêndice – A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (alunos)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA  
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

*“Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração”*

Prezado (a),

Antes de decidir se seu (sua) filho(a) participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Seu (Sua) filho (a) está sendo convidado(a) a colaborar com a *“Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração”*, que tem por objetivo, avaliar a satisfação dos usuários sobre as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas do município do Rio de Janeiro.

A pesquisa será realizada pela mestrandia do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Hospital Escola São Francisco de Assis, Michelle Sequeira e sua Orientadora Professora Doutora Ivone Evangelista Cabral.

O convite à participação de seu (sua) filho (a) se deve ao fato de ser um potente conhecedor das ações em saúde realizadas nas escolas. Sua participação não é obrigatória, podendo haver desistência a qualquer momento e retirada do seu consentimento. Sua recusa ou aceitação não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e pelo bem-estar de seu(a) filho(a), respeitando aspectos culturais, religiosos e sociais. A participação não é obrigatória, podendo haver desistência a qualquer momento e retirada do seu consentimento. Sua recusa ou aceitação não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, ela é muito importante para a execução desta pesquisa.

Rubrica do participante \_\_\_\_\_

Sua família não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao risco de constrangimento e emoção durante a realização dos Grupos focais.

A colaboração de seu (sua) filho (a) consistirá na participação de grupos focais para dialogar sobre o tema proposto, as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas. Os grupos serão realizados com prévio aviso e terão duração de aproximadamente de noventa minutos, e somente será gravado se você autorizar.

A gravação será transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012.

Os benefícios com a sua colaboração são importantes para a construção compartilhada das ações de saúde e educação, voltadas para melhoria das ações de saúde oferecidas nesta unidade de ensino e na clínica de Saúde da Família referenciada, assim como apoio às questões educacionais.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados desta pesquisa, de forma geral, serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e no trabalho de conclusão do curso. Participar dessa pesquisa não implicará nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

**Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:***

Michelle Ribeiro de Sequeira

E-mail: michellecirurgiadentista@gmail.com

Endereço: Av. Pres. Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, 20210-030

***Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery.***

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048- Ramal 200

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ –

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ - CEP: 20031-040 - Telefone: 2215-1485 E-

mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo a gravação da entrevista para utilização na pesquisa. \_\_\_\_\_  
(Rubrica)

---

Assinatura do participante

## Apêndice B –

**Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido (alunos)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA  
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

**Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido**

*“Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração”*

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a colaborar com a *“Vozes de adolescentes sobre Ações de Saúde Bucal na construção de uma ferramenta de avaliação de quarta geração”*, que tem por objetivo, avaliar a satisfação dos alunos sobre as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas do município do Rio de Janeiro, pois consideramos os alunos como potentes conhecedores das ações em saúde realizadas nas escolas.

A pesquisa será realizada pela mestrandia do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro Michelle Sequeira e sua Orientadora Professora Doutora Ivone Evangelista Cabral.

O convite a sua participação se deve ao fato de ser aluno(a) participante das atividades e ações de promoção de saúde bucal na escola em que está matriculado. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Sua recusa ou aceitação não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, ela é muito importante para a execução desta pesquisa.

Rubrica do participante \_\_\_\_\_

Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao risco de constrangimento e emoção durante a realização dos Grupos focais. A sua colaboração consistirá na participação de grupos focais para dialogar sobre o tema proposto, as ações de promoção da saúde bucal realizadas nas escolas. Os grupos serão realizados com prévio aviso e terão duração de aproximadamente de noventa minutos, e somente será gravado se você autorizar.

A gravação será transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012.

Os benefícios com a sua colaboração são importantes para a construção compartilhada das ações de saúde e educação, voltadas para melhoria das ações de saúde oferecidas nesta unidade de ensino e na clínica de Saúde da Família referenciada, assim como apoio às questões educacionais.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados desta pesquisa, de forma geral, serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e no trabalho de conclusão do curso. Participar dessa pesquisa não implicará nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

O Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:***

Michelle Ribeiro de Sequeira

E-mail: michellecirurgiadentista@gmail.com

Endereço: Av. Pres. Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, 20210-030

***Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery.***

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048- Ramal 200

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ –

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ - CEP: 20031-040 - Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

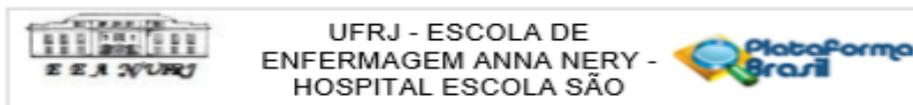
Autorizo a gravação da entrevista para utilização na pesquisa. \_\_\_\_\_

(Rubrica)

---

Assinatura do participante

## Apêndice C – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação sobre as ações de Promoção de Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola.

**Pesquisador:** Michelle Ribeiro de Sequeira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64956417.9.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.988.663

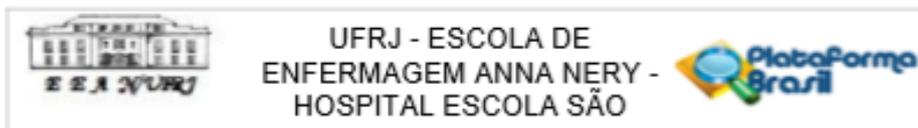
**Apresentação do Projeto:**

Estudo qualitativo, que se propõe a realizar avaliação das ações de Promoção da Saúde Bucal realizadas nas escolas municipais do Rio de Janeiro sob a perspectiva dos alunos com vistas ao desenvolvimento de um dispositivo que favoreça a participação social da criança e da família na avaliação destas ações implementadas pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Saúde na Escola lançado em 2007. Em consonância com as diretrizes do referido programa de saúde e dos pressupostos da avaliação de quarta geração, considerou-se de suma importância a participação dos alunos, público - alvo destas ações. Para tal, serão realizados Grupos Focais com os alunos dentro do ambiente escolar e com os familiares.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Elaborar e desenvolver um dispositivo que favorece a participação social da criança e da família na avaliação das ações de promoção da saúde bucal no Programa Saúde na Escola.
- Avaliar as ações de Promoção da Saúde Bucal realizadas no Programa Saúde na Escola, na perspectiva dos alunos e familiares.
- Identificar as ações de promoção da saúde bucal realizadas no PSE em 2013 na área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Cidade:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2293-8148 **E-mail:** cepsanhesa@eesan.ufrj.br



Continuação do Parecer: 1.988.693

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos associados à participação desta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao constrangimento durante a realização dos grupos focais e entrevistas com os responsáveis pelos alunos. Os benefícios desta pesquisa estão relacionados ao fortalecimento da participação social em saúde e à contribuição para as avaliações de ações de promoção da saúde bucal. Constitui-se como uma grande oportunidade de incluir informações consistentes sobre a implementação destas ações e do Programa Saúde na Escola, bem como contribuir com a elaboração de um instrumento de avaliação das ações de promoção de saúde bucal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo atual e relevante para as práticas de saúde bucal nas escolas, sobretudo junto as ações de Promoção da Saúde Bucal realizadas no Programa Saúde na Escola.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Termo de Assentimento: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 8) Termo de confidencialidade

**Recomendações:**

nenhuma.

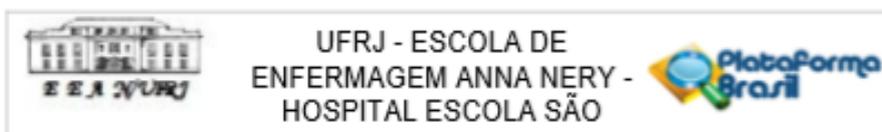
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 28 de março de 2017. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2253-8148 **E-mail:** ospesanhesa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 1.988.663

encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

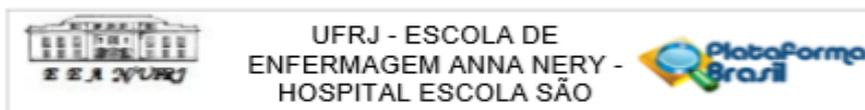
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831417.pdf	17/02/2017 13:58:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoFamiliares.docx	17/02/2017 13:57:43	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoAlunos.docx	17/02/2017 13:57:32	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentimentoInformadoLivreeEsclarecido.docx	17/02/2017 13:57:20	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/02/2017 13:55:19	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Orçamento	OrcamentoMestrado.docx	17/02/2017 13:55:09	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMichelle.docx	17/02/2017 13:54:34	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCFSantaMarta.PDF	26/01/2017 12:03:08	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCFPavaoPavaozinho.pdf	26/01/2017 12:02:54	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCFMariadoSocorro.jpg	26/01/2017 12:01:11	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderoStoMichelle.pdf	26/01/2017 11:54:06	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoEducacao.pdf	16/12/2016 13:55:29	Michelle Ribeiro de Sequeira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2293-8148 **E-mail:** ocpes@hesta@eesan.ufrj.br



Continuação do Parecer: 1.988.993

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Março de 2017

---

Assinado por:  
Marla Aparecida Vasconcelos Moura  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275      **CEP:** 20.215-110  
**Bairro:** Cidade Nova  
**UF:** RJ      **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2253-8148      **E-mail:** [ospecanhesa@eesan.ufrj.br](mailto:ospecanhesa@eesan.ufrj.br)