



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eline Miranda Correia Lima

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

Fortaleza-CE

2016

Eline Miranda Correia Lima

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, tendo como instituição nucleadora a Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Soares Rocha da Silva

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Fortaleza-CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

L696a Lima, Eline Miranda Correia.
Atuação do cirurgião-dentista no Programa Saúde na Escola no município de
Fortaleza-CE / Eline Miranda Correia Lima. – 2016.
122 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Andréa Soares Rocha da Silva.

1. Odontólogos. 2. Saúde Escolar. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 362.10422

ELINE MIRANDA CORREIA LIMA

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA
ESCOLA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:

Andrea Soares Rocha da Silva.
Prof^a. Dr^a. Andrea Soares Rocha da Silva (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Liza Barreto Vieira
Prof^a. Dr^a. Liza Barreto Vieira (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Pabla Gondim Calvasina
Prof^a. Dr^a. Pabla Gondim Calvasina (Membro Efetivo)
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CE

Aprovada em: 30 / 09 / 2016

Fortaleza-CE

Ao meu pai, que compartilhou da alegria da minha aprovação neste programa de mestrado, mas teve que nos deixar ainda no início dessa jornada e, ainda assim, sei que hoje, de outra forma, também compartilha desta conquista em minha vida.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE), fruto de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação foi instituído em 2007 com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Os cirurgiões-dentistas, tradicionalmente, desenvolvem ações de prevenção às doenças bucais nas escolas, portanto, têm inserção no ambiente escolar. Este estudo buscou descrever a atuação dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola em Fortaleza. Trata-se de um estudo descritivo transversal, de caráter predominantemente quantitativo, desenvolvido com 158 cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza vinculadas a escolas públicas de ensino fundamental e/ou médio por meio do PSE. Um questionário *online* com perguntas abertas e fechadas foi o instrumento de coleta proposto para este estudo. Os dados quantitativos foram analisados pelo pacote estatístico SPSS e apresentados em gráfico e tabelas. Os dados coletados a partir das questões abertas passaram por Análise de Conteúdo e estão apresentados em quadros. Os resultados mostraram que 48,1% dos participantes desconhecem o vínculo de sua equipe ao PSE e 55,7% atuam no programa, mas apenas 25,3% o fazem com frequência. A maioria dos profissionais nunca participou de capacitações no âmbito do PSE, mas foi identificado interesse neste tipo de formação, especialmente no tocante a estratégias educativas. As ações desenvolvidas pelos participantes no PSE são, essencialmente, de prevenção às doenças bucais, porém, os cirurgiões-dentistas também participam de ações de promoção à saúde com outros enfoques. O apoio da escola foi indicado como principal fator facilitador e os problemas com transporte e fornecimento de materiais como as principais dificuldades na condução do programa. A capacitação dos profissionais envolvidos no PSE foi a sugestão mais apontada. Conclui-se que apesar de fatores de ordem estrutural ainda comprometerem seu desenvolvimento, o PSE resiste em Fortaleza e conta com importante, ainda que limitada, participação dos cirurgiões-dentistas como promotores de saúde junto aos escolares.

Palavras-chave: odontólogos; saúde escolar; promoção da saúde.

ABSTRACT

The School Health Program (SHP), a partnership between the Ministry of Health and the Ministry of Education, was established in 2007 with an aim to contribute to the integral formation of students through actions of promotion, prevention and health care. Traditionally, dentists develop actions to prevent oral diseases at schools, therefore they are integrated in the school environment. The purpose of this study was to describe the activities of dentists from the Family Health Strategy in the School Health Program in Fortaleza. This is a cross-sectional descriptive study, with a predominantly quantitative approach, developed with 158 dentists from Fortaleza's Family Health teams associated with public elementary and/or high schools through the SHP. An online questionnaire with subjective and objective questions was the data collection instrument proposed for this study. Quantitative data were analyzed by the statistical package SPSS and presented in charts and tables. The data collected from the subjective questions underwent content analysis and are presented in tables. The results showed that 48.1% of the participants were unaware of the connection between their team and the SHP, and that 55.7% of them work in the program, but only 25.3% do it frequently. The majority of these professionals never participated in program trainings, but it was detected interest in this kind of training, especially in those regarding educative strategies. The actions developed by the participants on the SHP are, essentially, to prevent oral diseases, however, a significant number of dentists also participate in health promotion actions with other approaches. The main facilitator factor in conducting the program was the school support and the main difficulties were the problems with transportation and material supply. The training of professionals involved in the SHP was the most pointed out suggestion. As a conclusion, even though structural factors still jeopardize its development, the SHP endures in Fortaleza and relies on the important, although still limited, participation of dentists as health promoters at schools.

Keywords: dentists; school health; health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde
ART	Atraumatic Restorative Treatment
CD	Cirurgião-dentista
CIES	Centros Integrados de Educação em Saúde
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Educação a Distância
EF	Ensino Fundamental
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EM	Ensino Médio
EPS	Escola Promotora de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS/AB	e-SUS da Atenção Básica
GTIs	Grupos de Trabalho Intersetoriais
GTI-F	Grupo de Trabalho Intersetorial Federal
GTI-E	Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei Básica de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais

PeNSE	Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNE	Plano Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
REEPS	Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
RLEPS	Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SAI-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SPAM	Mensagem massificada não solicitada
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNESCO	Organização Científica e Cultural das Nações Unidas para a Educação
UNICEF	Fundo Internacional das Nações Unidas de Emergência para a Infância

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Inserção da pesquisadora na temática e justificativa do estudo	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Escolas Promotoras de Saúde	16
2.2 Histórico da promoção da saúde no Brasil e sua inserção no ambiente escolar	19
2.2.1 Higienismo	19
2.2.2 Educação sanitária	21
2.2.3 Educação em saúde	24
2.2.4 Programa Saúde da Família	26
2.2.5 Política Nacional de Promoção da Saúde	27
2.2.6 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas	28
2.2.7 Projeto Mais Educação e Projeto Mais Saúde	29
2.3 O Programa Saúde na Escola (PSE)	30
2.3.1 Implantação	31
2.3.2 Gestão	32
2.3.3 Financiamento	34
2.3.4 Áreas temáticas	35
2.3.5 Atribuições	39
2.3.6 Monitoramento e avaliação	40
2.3.7 Semana da Saúde na Escola	42
2.4 O processo de implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE	42
2.5 Parâmetros Curriculares Nacionais	44
2.6 A promoção da saúde e o cirurgião-dentista	46
2.6.1 Inclusão na Estratégia Saúde da Família e a intersetorialidade	46
2.6.2 Promoção da saúde e prevenção das doenças bucais	49
3 OBJETIVOS	53
3.1 Objetivo geral	53
3.2 Objetivos específicos	53
4 MATERIAIS E MÉTODOS	54

4.1	Tipo de estudo	54
4.2	Local e período do estudo	54
4.3	População do estudo	55
4.4	Coleta de dados	56
4.5	Análise dos dados	59
4.6	Aspectos éticos	60
5	RESULTADOS	62
6	DISCUSSÃO	76
6.1	Aspectos do perfil sociodemográfico e profissional	76
6.2	Capacitação	78
6.3	Desenvolvimento das ações no PSE	80
6.4	Facilidades, dificuldades e sugestões	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		102
APÊNDICES		114
APÊNDICE A- Quadros de apresentação dos Componentes I e II do PSE		114
APÊNDICE B – Questionário		116
APÊNDICE C –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado por meio eletrônico		119
APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado de forma impressa		121

1 INTRODUÇÃO

O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação abrangente, que extrapola o setor saúde como único responsável. A promoção da saúde propõe a articulação entre serviços de saúde, escolas, outros equipamentos sociais e comunidade, para proporcionar mais chances aos sujeitos de encontrarem soluções para seus problemas (BRASIL, 2010a).

Várias estratégias têm sido utilizadas em todo o mundo com o objetivo de implantar políticas de promoção da saúde. A promoção da saúde escolar vem evoluindo durante as últimas décadas e, nesse contexto, uma importante estratégia, que tem sido adotada por vários países desde o final dos anos 90 é a Escola Promotora de Saúde (EPS).

A EPS pode ser caracterizada como uma instituição que está constantemente buscando um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde e educação dos seus alunos e comunidade em que se insere (GOMES, 2009). O trabalho da EPS favorece a difusão de outras formas de se pensar a saúde escolar; propicia a articulação intersetorial, estratégica para a promoção da saúde; e estimula a construção conjunta de ambientes mais saudáveis nas escolas e em seu entorno (HARADA, 2003).

A educação é um dos recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias para a promoção da saúde e vem sendo reconhecida, ao longo do tempo, como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Investir na formação de cidadãos é condição necessária para a promoção da saúde e desenvolvimento social, devendo-se, portanto, capacitá-los para que sejam protagonistas do processo de produção da própria saúde (BRESSAN, 2011).

Neste contexto, diversos autores indicam a escola como cenário privilegiado para a promoção da saúde. Bressan (2011) destaca a escola como espaço pedagógico por excelência e importante equipamento social do território, reunindo parcela significativa das crianças e jovens da comunidade. Araújo e colaboradores (2013) retratam a escola como ambiente propício ao esclarecimento e troca de saberes, favorável ao estímulo de hábitos e práticas saudáveis, os quais, além de serem mais facilmente assimilados durante a infância, proporcionam maiores benefícios quanto mais precocemente adotados. Iervolino (2000) defende que, na

escola, é possível trabalhar a autonomia, participação crítica e criatividade para a promoção da saúde, a partir de uma visão integral do ser humano, considerando os contextos familiar, comunitário e social; o que também é discutido por Gomes (2012) ao analisar a escola como espaço de intensas interações sociais onde os determinantes da saúde podem ser problematizados e a saúde pode ser trabalhada como parte integrante da vida.

As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a formação de cidadão crítico, estimulando a autonomia, o controle das condições de saúde e qualidade de vida. No Brasil, essas ações podem ser potencializadas pela participação ativa das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011a).

O Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente teve sua nomenclatura alterada para Estratégia Saúde da Família (ESF), foi lançado em 1994 com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo a família como foco principal. A equipe de Saúde da Família deve atuar através da interação entre os diversos profissionais que a compõe, no sentido de complementaridade de saberes, identificando os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade (COSTA, 2009).

Com a inclusão do cirurgião-dentista na ESF no ano 2000, ocorreram mudanças importantes na reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal (ESB) que sinalizaram para a necessidade de uma atuação interdisciplinar. O cirurgião-dentista passou a ter a oportunidade de aproximar-se da realidade de vida das pessoas e das famílias, permitindo-lhe uma nova visão do processo de adoecimento, a construção de vínculos e responsabilização pelo cuidado, levando-o a uma compreensão do indivíduo como um ser integral, não se limitando à boca como área de atuação. Essa nova lógica de trabalho do cirurgião-dentista, inserido na equipe de Saúde da Família, mostrou a necessidade de profissionais com perfil generalista e de uma odontologia mais integral que dê respostas às lacunas deixadas pelo modelo anterior essencialmente curativista (COSTA, 2009).

Na ESF a promoção da saúde é uma prática prevista a todos os profissionais da equipe, compondo a atenção integral às famílias. As equipes de Saúde da Família devem estar capacitadas para identificar situações de risco à saúde na comunidade assistida; enfrentar, em parceria com esta comunidade, os determinantes do processo saúde-doença e desenvolver ações educativas e intersetoriais, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Vale destacar que a inserção dos profissionais de saúde em ambientes fora dos “espaços de saúde” vem mostrando-se indispensáveis para o desenvolvimento de ações educativas, que necessitam abordar múltiplas dimensões, requerendo esforços intersetoriais. Outro aspecto importante diz respeito à importância da continuidade dessas ações e da formação de vínculos efetivos entre esses diversos âmbitos da sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Segundo Periago (2006), as relações entre os setores saúde e educação são múltiplas e inseparáveis, tendo como importante elemento comum o fato de ambos compartilharem aspirações e objetivos do desenvolvimento humano. No entanto, historicamente, a relação entre estes dois setores não tem sido sempre harmoniosa e consensual (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Na maioria dos casos, a escola tem sido espaço de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, de intervenções pontuais que tentam enfrentar “questões nosológicas do momento” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Isso porque o setor saúde costuma ver a escola e seus estudantes como um grupo passivo para a realização de ações (CERQUEIRA, 2007). Trata-se de uma intervenção equivocada, já que os conteúdos de saúde devem compor a formação dos estudantes como uma abordagem transversal e interdisciplinar, presentes como um discurso do cotidiano escolar em todos os níveis escolares, conforme preconizado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (BRASIL, 1997b).

Cerqueira (2007), então, dentre outros estudiosos da área, passou a defender que os programas de saúde escolar fossem revisados para que tivessem uma perspectiva de maior participação e de melhor promoção da saúde.

A consolidação do conceito ampliado de promoção da saúde, as experiências nacionais e internacionais baseadas na proposta das Escolas Promotoras de Saúde e a nova visão da educação como prática crítica, reflexiva e empoderadora desafiaram o sistema de saúde brasileiro a também repensar suas estratégias e investimentos.

Nesse contexto, foi instituído em 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE), fruto de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Assim, o PSE surge para fortalecer e estimular a implementação das práticas de saúde, no âmbito do conceito ampliado de promoção

da saúde, através da inserção das equipes da ESF, formando uma rede de integração com o setor educacional (BRASIL, 2007a).

O PSE, cuja implantação foi iniciada em 2009, tem se apresentado como um subsídio para o direcionamento das ações em um âmbito distinto dos espaços de saúde, articulando as ações do SUS às ações da educação pública, dessa forma, contribuindo para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar e fortalecendo o acesso aos serviços de saúde de atenção básica (BRASIL, 2009a).

A proposta do PSE está direcionada para população infantil, adolescente e jovem, preenchendo a lacuna que havia na atenção básica no que se refere ao acompanhamento da saúde dessa população exposta às vulnerabilidades sociais e inserida na escola, prevendo a articulação de ações de diversas áreas temáticas, perpassando por módulos assistenciais, educativos, preventivos e promocionais (ALMEIDA, 2013).

Desse modo, as equipes da ESF deverão atuar nas escolas de sua área territorial adscrita, a fim de promover as ações propostas pelo programa, avaliando as condições de saúde dos escolares, bem como proporcionando o atendimento à saúde de acordo com as necessidades de saúde identificadas (BRASIL, 2009a).

Como as exigências de atenção integral à saúde excedem, em muito, a capacidade de atendimento de modelos de atenção centrado no profissional médico, o PSE recomenda que suas ações de avaliação clínica não sejam conduzidas unicamente por este profissional, mas que envolvam toda a equipe de Saúde da Família e, prioritariamente, os profissionais de nível superior (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros). Traz, ainda, que os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem colaborar com o PSE se possível e necessário (BRASIL, 2009a).

A atuação profissional das equipes de saúde no PSE é uma proposta desafiadora, uma vez que depende da participação e articulação entre os componentes da própria equipe, como também entre a equipe de saúde e os atores da comunidade escolar, por se tratar de uma estratégia que tem a intersetorialidade como preceito essencial para o funcionamento (ALMEIDA, 2013).

Trabalhar nessa intersetorialidade requer “rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas em cada setor, exigindo novos arranjos institucionais integrados e participativos”, de modo que possam ser desenvolvidas

ações que verdadeiramente influenciem nas condições de vida e saúde dos sujeitos (JUNQUEIRA, 1997 *apud* GOMES, 2012, p.32).

1.1 Inserção da pesquisadora na temática e justificativa do estudo

Trabalhando como cirurgiã-dentista da ESF desde o ano de 2006 no município de Paracuru-CE e desde o ano de 2012 no município de Fortaleza-CE, sempre estive envolvida e dedicada ao trabalho de educação em saúde bucal e prevenção das doenças bucais no espaço escolar. Tais atividades são tradicionalmente desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas em escolas, já que a “média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” configura-se como um dos indicadores universais apontados pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013a). Esta ação, portanto, deve estar incluída na prática de trabalho de todos os cirurgiões-dentistas da ESF e o espaço escolar facilita o acesso a um maior número de indivíduos atingidos, conforme é discutido por Moretti *et al.* (2010).

Entre os anos de 2009 e 2010, acompanhei o surgimento e início da implantação do PSE e vivenciei, juntamente com os demais profissionais da ESF, a surpresa frente à dimensão da sua proposta, as dúvidas e incertezas quanto à logística de desenvolvimento das ações trazidas, a resistência de alguns para a adesão a este programa, bem como o processo de articulação com o setor da educação e as dificuldades advindas na busca pela desejada intersetorialidade.

Com a incorporação do PSE à equipe de saúde em que estava inserida, passei a desenvolver e colaborar na realização de outras atividades propostas pelo programa, com distintas áreas temáticas envolvidas, não mais restringindo-me às tradicionais ações de prevenção às doenças bucais. Dessa forma, sinto que, com satisfação, passei a exercer mais integralmente meu papel, enquanto profissional de saúde, de promotora e educadora em saúde.

Esta trajetória contribuiu para minha inserção no ambiente escolar, fortalecendo vínculos com o setor educação, e consolidando minha admiração à proposta do PSE em toda sua abrangência e importância para o desenvolvimento dos escolares da rede pública de ensino.

O ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família, os novos conhecimentos e reflexões advindos com este, somados a um olhar ampliado sobre a

minha prática profissional, levaram-me a uma avaliação e questionamentos acerca do meu trabalho como profissional da saúde pública e integrante do PSE.

Ao analisar minha prática também passei a questionar a participação dos colegas cirurgiões-dentistas da ESF no PSE em Fortaleza. Que atividades estariam desenvolvendo? De que forma? Quais seriam suas necessidades de formação para atuar no programa? Quais seriam as dificuldades encontradas por estes profissionais? Quais suas sugestões ao programa?

No município de Fortaleza, a organização de trabalho dos cirurgiões-dentistas da ESF assegura carga-horária semanal para o desenvolvimento de atividades “extra-clínicas”, nas quais os profissionais podem executar ações diversas de promoção, prevenção e educação em saúde, na unidade de saúde ou em outros espaços do território, onde são incluídas as atividades relacionadas ao PSE.

Considerando a organização de trabalho dos cirurgiões-dentistas neste município e somando-se ao fato de que esta categoria, tradicionalmente, desenvolve ações de prevenção às doenças bucais junto aos escolares, acredita-se que os cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza, em geral, possuam vínculos e inserção no ambiente escolar, o que favoreceria sua atuação no PSE.

A escassez de estudos na literatura com amostras de cirurgiões-dentistas participantes do PSE torna relevante a realização desta pesquisa.

Os dados obtidos a partir deste estudo poderão ser úteis aos órgãos de gestão da saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza na condução de processos de educação permanente junto a esses profissionais, como também no monitoramento local do PSE, contribuindo para o aprimoramento deste programa em Fortaleza.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Escolas Promotoras de Saúde

Considerando o processo de desenvolvimento e consolidação da promoção da saúde, em paralelo à aceitação por parte de outras áreas ao fato de que o setor saúde é incapaz de responder aos problemas de saúde isoladamente, destaca-se o crescente reconhecimento do setor educacional como importante aliado na promoção da saúde, especialmente após a Carta de Ottawa trazer o conceito de ambientes favoráveis à saúde (OPAS, 1986) e a Conferência de Sundsvall reconhecer a educação como elemento-chave para a realização de mudanças necessárias à conquista da saúde para todos (WHO, 1991).

Nesse contexto, em 1995, durante o Congresso de Saúde Escolar no Chile, foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS), copiando o modelo da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), surgida em 1992 (SOUZA, 2008). Desde então, os países da América Latina e Caribe têm fortalecido suas ações de promoção da saúde na escola como parte das mudanças conceituais e metodológicas estabelecidas no mundo ao final dos anos 80.

A I Reunião da RLEPS aconteceu na Costa Rica em 1996, tendo ocorrido reuniões posteriores no México (1998), no Equador (2002), em Porto Rico (2004) e em Cuba (2014). Esses encontros contribuíram para o intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar entre os países participantes, também promoveram a discussão sobre temas prioritários de saúde e identificaram estratégias para melhorar as ações voltadas à promoção da saúde no sistema escolar nos países envolvidos (IPPOLITO-SHEPHERD; GALVÃO, 2007).

Depois de uma lacuna temporal de dez anos, a V reunião da RLEPS veio a acontecer no ano de 2014 em Havana (Cuba), após uma fase de rediscussão conceitual e redesenho do modelo de práticas pretendido para as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (SILVA, 2010). Esta mais recente reunião gerou recomendações para ações em promoção da saúde escolar, dentre elas: garantir uma aliança permanente entre os setores saúde e educação, consolidando iniciativas de promoção de saúde escolar de amplo reconhecimento político e estratégico a nível nacional; investir na formação de recursos humanos para desenvolver competências necessárias à promoção da saúde; redimensionar a educação em saúde de forma a adotar um

enfoque crítico e participativo; solidificar e ampliar as redes profissionais, institucionais e comunitárias de promoção da saúde (OPAS, 2014).

Em 1998, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou uma cartilha onde descreveu EPS como sendo a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as crianças e adolescentes no seu ambiente familiar e social, que fomenta o desenvolvimento saudável e relações construtivas e harmônicas, que promove aptidões e atitudes para a saúde, que oferece um espaço físico seguro e uma atmosfera positiva para a aprendizagem, e que promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos e de toda a comunidade escolar. A promoção da saúde no âmbito escolar deve ser fundamentada em três componentes:

- Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
- Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis;
- Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (OPAS, 1998)

A educação para a saúde com enfoque integral visa a saúde como uma construção social, abordando a inter-relação dos problemas de saúde com seus fatores determinantes. Busca desenvolver novos conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, por meio de técnicas participativas com enfoque crítico-reflexivo que possam transcender o âmbito escolar (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

A criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis implica na promoção de um ambiente escolar físico seguro, limpo e fisicamente adequado; com relações interpessoais positivas, sem agressão, violência, álcool ou drogas; com equidade nas questões de gênero, que favoreça a aprendizagem e onde haja diálogo (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

A oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa está direcionada à detecção e prevenção de problemas de saúde, através da atenção precoce e acompanhamento apropriado. Este componente pretende fortalecer o vínculo entre a escola e a equipe de saúde, para que as atividades se complementem e se reforcem mutuamente (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Dessa forma, a estratégia das Escolas Promotoras de Saúde conduziu a uma revisão do conceito de saúde escolar e de suas práticas tradicionais fundamentadas na lógica biomédica e com predomínio de ações higienistas e assistencialistas como,

por exemplo, vacinação, desparasitação e controles médicos; onde a escola envolvida geralmente tem uma posição passiva, como um cenário para as ações consideradas responsabilidade exclusiva do setor saúde, realizadas por agentes externos à comunidade educativa (HARADA, 2003; IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

A educação em saúde, por sua vez, de alguma forma, sempre esteve presente nas escolas, mas caracterizou-se essencialmente pela transmissão didática de informação sobre temas isolados, geralmente relacionados a doenças e havia ainda uma grande omissão em incluir temas como sexualidade, violência e saúde mental nos programas educativos (CERQUEIRA, 2007).

Buscando romper com este quadro, a EPS promove enfoques integrais e interdisciplinares de saúde escolar, fundamentando-se no conceito de promoção da saúde.

A OPAS (1998) estabeleceu como componentes, ou atividades a serem desenvolvidas pelas Escolas Promotoras de Saúde: construção de ambientes favoráveis à saúde; incentivo à prática de atividade física; estímulo à alimentação saudável; desenvolvimento da autoestima e de habilidades para a vida; estímulo ao bom desempenho escolar; prevenção ao uso do tabaco, álcool e outras drogas; discussão sobre sexualidade e saúde reprodutiva; prevenção de acidentes e violência; instrumentalização técnica de profissionais e membros da comunidade.

Apesar da dimensão da proposta e do número de países envolvidos, a EPS não atingiu grande visibilidade no meio científico, com poucos trabalhos dedicados a esta proposta, como aponta Faria (2010). Em contrapartida, foram lançadas publicações da OPAS em parceria com os países que compõem a RLEPS onde são compartilhadas experiências. Em Brasil (2007b) é apresentado um resgate de trabalhos executados em escolas públicas de alguns municípios brasileiros, divulgando-as para que sirvam de dispositivo mobilizador.

Nas três edições do concurso Ibero-Americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, promovido com a finalidade de identificar e incentivar as experiências bem-sucedidas de boas práticas de promoção de saúde na escola, o Brasil foi o país com maior número de experiências concorrentes e conquistou diversas premiações (OPAS, 2011).

No município de Fortaleza, no ano de 2007, foi implantado um projeto piloto de EPS, que teve duração de apenas um ano, uma vez que o projeto não tinha financiamento próprio e foi prejudicado pelo período de transição de governo

municipal. Este projeto, que foi desenvolvido nos Centros Integrados de Educação em Saúde (CIES) do município, era vinculado ao setor saúde e tinha por objetivo estreitar a relação deste com o setor educação, através da abordagem de temas relacionados à promoção da saúde no território, trabalhando além da intersetorialidade, a integralidade, empoderamento e protagonismo juvenil (PAIVA, 2012).

Corroborando com a perspectiva da EPS, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (2008) sugeriu como prioridade nas agendas governamentais, as ações intersetoriais de promoção de saúde para crianças e adolescentes, ratificando a importância do ambiente escolar para essas práticas. A seguir, será abordado o histórico da promoção de saúde no Brasil e a inclusão do tema no contexto escolar.

2.2 Histórico da promoção da saúde no Brasil e sua inserção no ambiente escolar

As práticas de promoção de saúde e a educação em saúde refletem as tendências e reproduzem as concepções de saúde de cada época, sendo necessário localizá-las no tempo e espaço para analisá-las criticamente (PELICIONI; PELICIONI, 2007). A visão do processo ensino-aprendizagem também vem modificando-se ao longo do tempo, transformando a forma de considerar educação e saúde, bem como a organização e desenvolvimento dos programas de saúde escolar (GOMES, 2012).

Portanto, para o entendimento das práticas de saúde na escola é importante destacar aspectos de sua evolução histórica, uma vez que o setor saúde também sofreu as influências do contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo, como será descrito a seguir.

2.2.1 Higienismo

No início do século XX, período marcado pela intensa imigração de trabalhadores e desenvolvimento dos portos no Brasil, o país – e especialmente Rio de Janeiro e São Paulo – vivenciava um crescimento urbano desordenado e uma crítica situação de saúde pública. Epidemias de varíola, peste bubônica, cólera, febre amarela, tuberculose e sífilis castigavam as populações urbanas, gerando uma alta taxa de mortalidade. As crianças, além de sofrerem com as epidemias, também eram

vitimadas pela desnutrição e pela diarreia (FIGUEIREDO; MACHADO; ABRREU, 2010; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Esse quadro sanitário gerou sérias consequências para a saúde pública e para os setores da economia, pois comprometia a força de trabalho e trazia prejuízos para a economia agroexportadora, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária da cidade (POLIGNANO, 2000). Frente a essa realidade, o Estado iniciou um processo de saneamento nas grandes cidades, através de medidas de coerção e punição, como também desenvolveu as primeiras práticas sistemáticas de educação sanitária (ALVES, 2005; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Sob influência da Teoria Microbiana da Doença, acreditava-se que bastava a eliminação do agente causador específico das moléstias para estabelecer a saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Esse “período higienista”, como ficou denominado, foi caracterizado pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização, com o respaldo da cientificidade (ALVES, 2005). Sob o comando do médico Osvaldo Cruz, a polícia sanitária instituiu a vacinação compulsória, o confinamento dos enfermos em “desinfetórios” e a vigilância nos domicílios e sobre atitudes e moralidades, com a finalidade de controlar as epidemias. Essas medidas voltavam-se, principalmente, para as classes subalternas e o povo era considerado incapaz de maiores entendimentos (BRASIL, 2007c; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

O surgimento das doenças era explicado de forma simplista, sendo atribuído à ignorância e ao descaso das pessoas com a não observância às normas de higiene (“culpabilização da vítima”), desconsiderando as influências das políticas sociais e das condições de vida e trabalho (ALVES, 2005).

As poucas atividades educativas em saúde eram de caráter normativo, com instruções a serem seguidas, baseadas na transmissão de informações de forma a controlar as classes trabalhadoras. As fábricas passaram a ser palco de processos educativos, porém, em forma de folhetos escritos para uma população analfabeta em sua maioria. Acreditava-se que apenas a divulgação de informativos seria suficiente para mudar o comportamento dos indivíduos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Os interesses econômicos e da classe dominante estavam por trás das políticas de saúde nesse período, o Estado exerceeria a função de civilizar e moralizar a população a fim de preservar as forças produtivas (ALVES, 2005), impondo à

população suas intervenções e as “leis da higiene”, punindo severamente aqueles que discordavam. Ainda assim, muitos se rebelaram, desencadeando a famosa Revolta da Vacina (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Segundo Lima (1985 *apud* Figueiredo; Machado e Abreu, 2010), a saúde escolar ou higiene escolar naquele início de século ocorria baseada em três doutrinas: a polícia médica (inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino), o sanitarismo (prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino) e a puericultura (difusão de regras de viver para professores e alunos).

2.2.2 Educação sanitária

A Fundação Rockefeller chegou ao Brasil no ano de 1916 e trouxe as ideias da educação sanitária, o que resultou na redução do “poder de polícia” na saúde a partir da década de 1920. Esta instituição norte-americana visava o controle das doenças tropicais, com métodos de tratamento de baixo custo. Atuou no Brasil até o ano de 1942, contribuindo de forma notável com o ensino médico e com os trabalhos sanitários, mostrando à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de seguir as regras de higiene (FARIA, 2002).

A sistematização da educação sanitária no Brasil ocorreu a partir da reorganização dos serviços sanitários federais e da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Já em 1921, o recém-criado departamento sugeriu a inclusão de novos hábitos de higiene nos programas das escolas primárias, apontando a infância como momento ideal para a criação destes, de forma que não fosse necessária a “higienização” dos indivíduos quando adultos. De forma a ilustrar esse período da saúde escolar no Brasil, segue abaixo o verso apresentado no Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, que deveria ser recitado diariamente por todas as crianças como forma de se manterem saudáveis:

Hoje escovei os dentes
 Hoje tomei banho
 Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão
 Hontem me deitei cedo e dormi com janellas abertas
 De hontem e para hoje já bebi mais de 4 copos d’água
 Hontem comi ervas ou frutas, e bebi leite
 Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi
 Hontem e hoje andei sempre limpo
 Hontem e hoje não tive medo
 Hontem e hoje não menti. (BOARINI; YAKAMOTO, 2004, p. 65)

Os versos referem-se à higiene individual, mental e alimentar; foram utilizados em um período em que a higiene pessoal e coletiva eram um imperativo de ordem social, diante da situação de calamidade pública da saúde da população. Porém, a simples memorização dos versos não garantiria a saúde das crianças, como bem destacam Souza e Jacobina (2009).

O autor dos versos, o médico Carlos Sá, também foi o responsável por criar o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual no município de São Gonçalo (Rio de Janeiro) em 1924 (LEVY et al., 1996).

No ano de 1925 surge o título de educador sanitário, profissionais preparados pelo Instituto de Higiene do Estado de São Paulo, criado em parceria com a Fundação Rockefeller, para a divulgação de noções de higiene entre os alunos de escolas primárias do estado (LEVY et al., 1996). Após a formação, os educadores sanitários assumiam atribuições de professores e de enfermeiros, inclusive aplicando vacinas, já que nesse período enfermeiros eram profissionais escassos no país e inexistentes nos serviços do Estado (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Nesse mesmo ano, o estado de São Paulo iniciou a implantação dos Centros de Saúde, onde havia um trabalho local com participação comunitária, tendo atuação dos educadores sanitários. Os Centros de Saúde e a criação da Inspetoria de Educação Sanitária tinham como objetivo promover uma “consciência sanitária” na população (FARIA, 2002).

O Ministério da Educação e Saúde (MES) foi criado em 1930, tendo como prioridade o controle da febre amarela, que prejudicava a construção das ferrovias naquele período. As ações educativas continuavam a ter como foco o combate às doenças infectocontagiosas, sendo conduzidas a partir de interesses políticos (VASCONCELOS, 2001).

A fusão da gestão de saúde e educação em um único ministério representaria uma oportunidade de efetiva união entre estas duas áreas, oferecendo um excelente espaço educacional em prol da vida saudável, contudo, conforme descrito pelo relatório de Brito Bastos, em 1969, citado por Levy et al. (1996, p.6):

(...) essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença (...) sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940.

Bressan (2011) reitera essa crítica ao discutir que, no Brasil, Saúde e Educação, duas políticas sociais fundamentais, tiveram uma origem institucional comum, o que deveria ter favorecido um desenvolvimento pautado na participação social, mas que, do contrário, demarcou práticas normativas e uma relação atravessada pelo higienismo e pela medicalização do fracasso escolar.

A abordagem educativa desse período enfatizava a responsabilidade individual, referente à mudança de hábitos e estilos de vida, limitando-se ao repasse de informações. Tal discurso predominou durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas (ALVES, 2005).

A primeira grande transformação nas atividades educativas em saúde no Brasil ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que reconheceu a educação sanitária como atividade básica e atribuiu a vários profissionais a responsabilidade por esta; também preparava as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde (LEVY *et al.*, 1996). Transformada posteriormente em Fundação SESP, passou a cobrir grande parte do país e exerceu grande influência no desenvolvimento da educação em grupos e participação comunitária nos processos educativos (ALVES, 2005; REIS *et al.*, 2013).

A partir da década de 1940, os sujeitos que até então eram culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde, começavam a ser envolvidos no processo educativo. Em 1945, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiram novas discussões sobre o processo saúde e doença, sendo destacado o conceito de saúde como estado completo de bem-estar, e não apenas como ausência de doença, o que representou um avanço para a educação sanitária. (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Este processo ganhou força, no Brasil, no início da década de 1960, com o surgimento da Medicina Comunitária, que buscava a participação comunitária para a solução dos problemas de saúde ali existentes (ALVES, 2005).

Porém, como também destaca Alves (2005), apesar deste novo enfoque, permanecia o mesmo discurso de culpabilização dos sujeitos, que passava a ser da coletividade, e não mais individual, desconsiderando os determinantes sociais e defendendo que comunidades deveriam ser conscientizadas, pois seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, porém, limitou-se a um desmembramento do Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse uma

nova postura do governo ou efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência (POLIGNANO, 2000).

2.2.3 Educação em saúde

Durante o Regime Militar, ficaram limitados os espaços institucionais para a realização de práticas educativas em saúde. No entanto, este período de ditadura despertou resistência e insatisfação na população, o que fez surgir, durante a década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniam intelectuais e populares. Neste contexto, foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e profissionais de saúde passaram a envolver-se em práticas de organização comunitária voltadas para o fortalecimento da sociedade civil. Iniciava-se, com isso, o surgimento de movimentos de crítica às práticas educativas autoritárias e normatizadoras vigentes (ALVES, 2005; VASCONCELOS, 2001).

Dentre esses movimentos, destacou-se o da Educação Popular em Saúde, que procurava romper com a verticalidade da relação entre profissional e população, valorizando as trocas interpessoais e a educação dialógica, contrapondo-se à passividade das práticas educativas tradicionais, baseadas na concepção bancária (VASCONCELOS, 2001). A Educação Popular é, essencialmente, problematizadora, onde o educador mantém diálogo com os educandos, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 2001), considerando o usuário como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de dialogar com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre sua realidade (ALVES, 2005).

Reconhecendo a importância das práticas educativas para a saúde e, em consonância com as mudanças que vinham ocorrendo nesta área, o Ministério da Saúde cria, no fim da década de 1970, a Divisão Nacional de Educação em Saúde. Mais do que uma mudança terminológica, de “educação sanitária” para “educação em saúde”, buscava-se uma transformação conceitual (LEVY *et al.*, 1996).

A “educação sanitária” era entendida como um repasse de conhecimentos de saúde seguindo a educação tradicional bancária, onde o indivíduo deveria aprender a cuidar de sua saúde - vista apenas como a ausência de doença - a partir da imposição

de um saber técnico-científico, com ações pontuais higienistas e assistencialistas. A “educação em saúde”, por sua vez, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde e na busca do bem-estar geral, baseando-se na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar da sua saúde - entendida como resultante de múltiplos fatores - a partir da compreensão da situação de saúde individual e comunitária (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Apesar de representarem concepções diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje nas ações de profissionais de diversas formações (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Na década de 1980, a OMS passou a propagar um conceito ampliado de saúde, que passou a ser vista como um direito humano fundamental, considerando a importância de determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais. Nesse período, quando o Brasil vivenciava a redemocratização, a sociedade civil organizada discutia essa nova concepção de saúde e articulava a Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento foi iniciado pela intelectualidade universitária e por profissionais de saúde, tendo recebido, posteriormente, a adesão de outros segmentos (VIANA; DAL POZ, 2005).

O movimento popular pela Reforma Sanitária culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março 1986, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, tendo como temas oficiais: 1) saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento setorial. Sem utilizar a denominação “promoção da saúde”, o relatório desta Conferência enunciou uma abordagem da saúde como resultante da alimentação, renda, meio ambiente, trabalho e lazer, além do acesso aos serviços de saúde, o que se aproxima do conceito que seria proposto, meses depois, pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2007c).

A Constituição Federal promulgada em outubro de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 196 desta constituinte define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Posteriormente, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 regulamentaram o SUS (BRASIL, 2007c).

2.2.4 Programa Saúde da Família (PSF)

Alguns anos depois, em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no qual pessoas da comunidade eram treinadas para integrar a equipe do programa, passando a visitar as casas, informando e orientando as famílias sobre os cuidados com a saúde. A finalidade deste programa era estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, voltando-se, especialmente, para o grupo materno-infantil (BRASIL, 2001).

As grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, ocorridas no início dos anos 90 tiveram seu ápice em 1994, com o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), estratégia de consolidação do SUS que teve como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997a). Este programa surgiu dentro de um contexto rico de influências determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro, como podemos destacar: a evolução do SUS e suas respectivas contradições e incertezas; as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de atenção primária à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O PSF contempla ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde das pessoas, famílias e comunidade, de forma integral e contínua. Propõe uma prática transformadora em que a saúde seja o foco do trabalho e não somente a doença, buscando trabalhar numa articulação intersetorial que ultrapassa o setor saúde e lida com a determinação social da saúde, de modo a superar as iniquidades, aumentar a eficiência e a satisfação dos cidadãos em relação aos serviços de saúde oferecidos (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Quando da criação do PSF, ficou recomendado que a equipe de Saúde da Família fosse composta por, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs). Outros profissionais de saúde poderiam ser incorporados às unidades de saúde de acordo com as demandas específicas e características locais (BRASIL, 1997a). No ano 2000, com a publicação da Portaria nº 1.444/2000, as equipes de saúde bucal foram, definitivamente, inseridas às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

“O PACS e o PSF, apesar do “p”, não devem ser vistos como programas, e sim como estratégias estruturantes, já que se propõem a reorganizar a atenção básica”

(TOMAZ, 2002, p.84). Em meado da década de 1990, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde do país (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Em 1996 as atividades de educação em saúde no espaço escolar voltam a receber atenção com o desenvolvimento do projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do Ministério da Educação, que passou a compor a programação semanal de 50.000 escolas de ensino fundamental no país (LEVY *et al.*, 1996).

Nesse período, ao final do século XX, a saúde escolar no Brasil avançou em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso biologicista tradicional para a concepção do modelo de Escolas Promotoras de Saúde (IPPOLITO-SHEPARD, 2003).

2.2.5 Política Nacional de Promoção da Saúde

Durante a década de 1990, a promoção da saúde foi incorporada no debate do SUS, sendo construída e recebendo novos direcionamentos, principalmente em relação à prioridade de atuação sobre os determinantes sociais. As discussões em torno da promoção da saúde no Ministério da Saúde colaboraram para sua divulgação. Enquanto isso, profissionais de saúde, acadêmicos e gestores ligados à saúde coletiva no Brasil levantavam propostas operativas para a implantação de estratégias de promoção de saúde no SUS (BRESSAN, 2011).

Em março de 2006, passados 20 anos dos dois marcos importantes, a Carta de Ottawa e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde aprovou, através da Portaria nº 687, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que enfatiza a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades sociais; aponta as diretrizes e estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de complexidade, de modo a integrar os diversos setores da sociedade civil organizada, com a proposta de uma política transversal, integrada e intersetorial (BRASIL, 2006a; GOULART, 2006).

A PNPS defende que as práticas de saúde devem ser ampliadas “para além dos efeitos do adoecer”, incidindo sobre as condições de vida e trabalho e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis. (BRASIL, 2006a; BRESSAN, 2011).

A partir da PNPS e considerando as mudanças conceituais e metodológicas ocorridas no campo da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas brasileiras, buscando integrar as ações de saúde ao currículo escolar (BRASIL, 2006a; 2009). A identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde são destacados dentre as estratégias de implementação da PNPS (BRASIL, 2006a).

A PNPS aponta algumas ações específicas que podem ser desenvolvidas tanto pelo setor Saúde como pela Educação, uma vez que o impacto dessas ações extrapola os ambientes desses setores.

As ações específicas trazidas pela PNPS são:

- 1- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde
- 2- Alimentação saudável
- 3- Prática corporal/ atividade física
- 4- Prevenção e controle do tabagismo
- 5- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
- 7- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz
- 8- Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006a).

2.2.6 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

No ano de 2003 foi criado o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) como resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, recebendo apoio do Fundo Internacional das Nações Unidas de Emergência para a Infância (UNICEF) e da Organização Científica e Cultural das Nações Unidas para a Educação (UNESCO). Este projeto surgiu em resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil e teve o seu foco nas ações de prevenção no espaço escolar, fomentando a participação dos adolescentes e jovens. O SPE trabalha a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos através da valorização da diversidade, da redução da vulnerabilidade desse público às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), à gravidez não-planejada, bem como ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (BRASIL, 2006b).

As estratégias adotadas para a execução do projeto são: a formação e a participação juvenil; a educação permanente de profissionais de educação e saúde; a inclusão transversal e contínua dos temas da promoção nos projetos político-pedagógicos das escolas e o fortalecimento de ações de promoção da saúde na ESF (BRASIL, 2006b).

O SPE forma jovens e profissionais das áreas de saúde e educação, estimulando a participação juvenil na gestão do projeto, promove eventos para trocas de experiências, produz materiais educativos e disponibiliza nas escolas ou articula com as unidades de saúde o acesso dos jovens a preservativos (BRASIL, 2006b).

Este projeto utiliza a educação de pares, onde os jovens desenvolvem ações para mobilizar outros jovens, contribuindo para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, o SPE propõe metodologias participativas, considerando as desigualdades sociais, os modos de viver; valorizando as diversidades, a solidariedade e a democracia (BRESSAN, 2011).

2.2.7 Projeto Mais Educação e Projeto Mais Saúde

No ano de 2007, a Portaria Interministerial nº 17/2007 instituiu o Programa Mais Educação, que pode ser descrito como uma estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da educação integral. As escolas da rede pública de ensino estadual ou municipal que fazem adesão ao programa optam, de acordo com o projeto educativo em curso, por desenvolver atividades nos seguintes macrocampos: acompanhamento pedagógico, experimentação e investigação científica, cultura e artes, esporte e lazer, cultura digital, educação econômica, comunicação e uso de mídias, meio ambiente, direitos humanos, práticas de prevenção aos agravos à saúde, promoção da saúde e da alimentação saudável (BRASIL, 2010b).

Importante destacar a inclusão da promoção da saúde e prevenção aos agravos à saúde neste projeto de iniciativa do Ministério da Educação, o que mostra a sensibilização e compromisso deste setor como responsável pela promoção da saúde no espaço escolar. O trabalho de Paiva (2012) mostra que a escola se reconhece como espaço privilegiado para a efetivação da educação para a saúde e a concebe como a forma mais legítima de realizar a promoção da saúde.

Um ano após esta produção do Ministério da Educação, o Ministério da Saúde lança uma política nacional de saúde mais abrangente, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, conhecido popularmente como PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) da Saúde. Este programa, elaborado para ser desenvolvido no período de 2008 a 2011, foi composto por conjunto de ações estratégicas que contemplam 86 medidas organizadas em oito eixos temáticos, onde todos convergem para a consolidação dos princípios do SUS e construção de um sistema de saúde universal que associa a um padrão de desenvolvimento nacional voltado para a qualidade de vida dos brasileiros em suas múltiplas dimensões (BRASIL, 2008a).

O primeiro eixo de ações estratégicas do Programa Mais Saúde – Eixo 1: Promoção da Saúde - traz a Medida 1.5, que visa “implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) em articulação com o Ministério da Educação”, reconhecendo a escola como espaço privilegiado para práticas promotoras de saúde, preventivas e de educação em saúde (BRASIL, 2008a).

O Programa Saúde na Escola é uma estratégia interministerial que iniciou seu desenvolvimento em consonância com o Programa Mais Educação para atender a crianças e adolescentes de escolas da rede pública, consolidando a integração entre os campos da saúde e da educação (BRASIL, 2009a). Este programa será descrito em detalhes na seção a seguir.

2.3 O Programa Saúde na Escola (PSE)

De forma a regulamentar as atividades para a saúde no âmbito escolar, foi instituído, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007a).

Este programa é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e surge como uma possibilidade de superação de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento das práticas de saúde na escola no âmbito da promoção da saúde, promovendo a intersetorialidade defendida pelo SUS e a corresponsabilização entre os setores saúde e educação (BRASIL, 2009a).

O PSE considera o conceito positivo de promoção da saúde apresentado desde a Carta de Ottawa (1986) e busca promover nas escolas a saúde e a cultura

de paz, articular as ações dos setores saúde e educação, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades da comunidade escolar no campo da saúde que possam comprometer o desenvolvimento escolar e, por fim, incentivar a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2007a, 2009a).

Segundo a proposta do PSE, essa articulação das redes públicas de ensino e de saúde deve ocorrer, especialmente, entre as equipes de Saúde da Família e as escolas do território de adscrição destas, o que, como destacam Dias *et al.* (2014), possibilita a criação de vínculos entre esses dois equipamentos e seus profissionais. As Secretarias de Educação e Saúde, por sua vez, devem prever, no planejamento das ações, o contexto escolar e social do território, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa dos executores: unidades de saúde e escolas envolvidas no programa (PAIVA, 2012; GOMES, 2012).

Além da lógica do cuidado em saúde, que também fundamenta a ESF, o PSE defende a escola como espaço comunitário coletivo, com importante papel dinamizador de informações e conceitos que poderão contribuir para a consolidação de famílias e comunidades mais saudáveis (SILVA, 2010).

O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de saúde no contexto escolar e define como diretrizes:

- I- Descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II- Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III- Territorialidade;
- IV- Interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V- Integralidade;
- VI- Cuidado ao longo do tempo;
- VII- Controle social;
- VIII- Monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2009a).

2.3.1 Implantação

Em 2008, a Portaria Interministerial nº 675 instituiu a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), com o objetivo de discutir diretrizes para elaborar a Política Nacional de Educação e Saúde na Escola. Em setembro do mesmo ano, através da Portaria nº 1.861/08, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de adesão e incentivo financeiro aos municípios com equipes da ESF participantes do

PSE, como forma de estimular a adesão dos governos estaduais e municipais ao programa (BRASIL, 2008b; CONASS, 2011).

O financiamento do PSE pelo Ministério da Saúde favoreceu o processo de implantação, iniciado no ano de 2009 em alguns municípios brasileiros, seguindo a Portaria 1.681/2008 que em seu artigo 2º estabeleceu como critérios para adesão de municípios ao PSE:

- Municípios com índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental;
- Municípios com 100% de cobertura populacional pela ESF;
- Até 20 municípios por estado, priorizando-se aqueles com os menores IDEB;
- Municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação (BRASIL, 2008b).

No anexo desta portaria foram listados todos os municípios brasileiros que se enquadram nestes critérios. No estado do Ceará, apenas 16 municípios, todos de pequeno porte, estavam aptos a aderir ao programa naquele primeiro ano.

Como visto, os critérios iniciais para adesão ao PSE estavam relacionados ao IDEB, à cobertura da ESF e à participação no Programa Mais Educação. No entanto, estes critérios foram sendo alterados anualmente pela CIESE, tornando mais facilitada a adesão ao programa até que, no ano de 2013, a Portaria Interministerial nº 1.413 universalizou o PSE para todas as equipes de saúde da atenção básica (BRASIL, 2013b).

Com isso, todos os municípios brasileiros passaram a estar aptos a aderir e pactuar atividades no PSE, bastando, para isso, realizar a adesão anual por meio do sistema informatizado de pactuação disponibilizado no portal do Ministério da Saúde. Esta adesão deve ser consolidada com a assinatura conjunta do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Saúde e Educação (BRASIL, 2013b).

A partir desta mais recente portaria, o PSE também foi expandido para creches e pré-escolas (BRASIL, 2013b).

2.3.2 Gestão

O PSE tem sua gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, onde o planejamento, execução, monitoramento e avaliação são realizados coletivamente.

O Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F) deve ser composto pelas equipes dos Ministérios da Educação e da Saúde e seguir as diretrizes da CIESE. A este grupo de trabalho compete: promover a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de educação e o SUS; subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica; apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE; estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE e definir as prioridades e metas de atendimento do PSE (BRASIL, 2011a).

O Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) é responsável pelo apoio institucional e mobilização dos municípios para a construção de espaços coletivos de trocas e aprendizagens contínuas, melhorando sua capacidade de analisar e intervir nos processos de trabalho do PSE. O GTI-E deve ser composto por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas públicas ou movimentos sociais (BRASIL, 2013c).

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) deve ser composto por gestores das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, além de representantes das equipes de saúde, das escolas, estudantes e membros da comunidade local. O GTI Municipal tem como responsabilidades:

I - Apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros;

II - Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas;

III - Definir as escolas públicas a serem atendidas pelo PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social e os territórios de abrangência das equipes de saúde;

IV - Possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de atenção básica;

V - Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde;

VI - Participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;

VII - Apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE;

VIII - Propor estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos;

IX - Garantir que os materiais do PSE sejam entregues e utilizados de forma adequada (BRASIL, 2013b).

2.3.3 Financiamento

A transferência do recurso financeiro pelo Ministério da Saúde aos municípios participantes do PSE é feita fundo a fundo, compondo o bloco de financiamento da atenção básica do Pacto pela Saúde. Cabe ao Ministério da Educação o financiamento ou fornecimento dos materiais necessários para implementação das ações, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias (BRASIL, 2013b; 2015a).

Convém ressaltar que o recurso do PSE não é destinado, diretamente, às equipes de saúde, mas utilizado para a efetivação das ações do PSE no município, tendo sua gestão sob responsabilidade do GTI-M (BRASIL, 2011a).

Inicialmente, o financiamento do PSE era repassado aos municípios em parcela única no momento da adesão e de acordo com o número de equipes da ESF cadastradas (BRASIL, 2008b). Posteriormente, no ano de 2013, a Portaria 1.413 vinculou o repasse financeiro ao quantitativo de estudantes contemplados e desempenho dos municípios no âmbito do PSE. Determinou também que cada equipe de Saúde da Família pode ser responsável por até 1.000 educandos (BRASIL, 2013b).

Com isso, para efeito de cálculo do teto de incentivo financeiro, os municípios recebem o valor de R\$ 3.000,00 quando pactuam até 599 educandos contemplados e, a partir desta quantidade, a cada acréscimo de até 999 escolares somam-se R\$ 1.000,00 ao valor máximo anual recebido (BRASIL, 2013b).

Estes recursos são repassados aos municípios em até três parcelas, da seguinte forma: com a adesão ao programa são repassados 20% do valor total previsto; aos seis e doze meses após a adesão são realizadas avaliações do programa e quando o município atinge o mínimo de 50% das metas pactuadas, passa a receber o valor proporcional ao alcance obtido subtraído dos valores já recebidos (BRASIL, 2013b).

2.3.4 Áreas temáticas

O PSE prevê a articulação de diversas ações em saúde na escola que devem ocorrer de forma concomitante. Essas ações são organizadas por componentes, como mostrado a seguir:

- Componente I- Avaliação das condições de saúde: Tem como objetivos avaliar a saúde dos educandos e possibilitar o encaminhamento dos mesmos para atendimento na rede de saúde quando necessário.

- Componente II- Promoção da saúde e prevenção de agravos: Visa garantir aos educandos a oportunidade de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde, ao fazerem escolhas mais favoráveis à saúde. As ações deste componente devem ser desenvolvidas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território.

- Componente III- Formação: Busca garantir de forma contínua e permanente um processo de formação das equipes de saúde e de educação que atuam no PSE, assim como dos gestores responsáveis (BRASIL, 2013c).

As ações do componente I avaliam o crescimento e desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens contemplados com o programa, objetivando identificar problemas agudos e/ou crônicos por meio da história clínica e exames físicos. Tais ações devem ser realizadas, preferencialmente, na escola e pelos profissionais de nível superior da ESF, devendo ser direcionados para a unidade de saúde aqueles estudantes com necessidades de maiores cuidados (BRASIL, 2009a).

As avaliações devem ser estrategicamente agendadas em acordo com a direção escolar, pois representam importante espaço de aproximação entre as equipes de saúde e da escola. A participação das famílias e o envolvimento consciente dos estudantes nas avaliações também são desejadas, pois ampliam o universo do cuidado e podem desencadear processos de educação em saúde (BRASIL, 2015a).

É importante ressaltar que a escola não deve ser usada como espaço para consultas médicas com o intuito de medicalização ou de diagnóstico psíquicos dos fracassos escolares, “mas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo” (BRASIL, 2015a, p.8)

A seguir, estão brevemente apresentadas as linhas de ação do Componente I descritas nas publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a; 2011; 2013c)

referentes ao PSE até o ano de 2014 e utilizadas para fundamentação do presente estudo:

- Avaliação antropométrica: deve ser realizada anualmente nas escolas e a cada semestre nas creches, com a tomada de peso e estatura para classificação do estado nutricional. As situações de baixo peso, sobre peso e obesidade devem ser comunicadas aos pais e encaminhadas para acompanhamento pela equipe de saúde de referência na unidade de saúde e pela equipe escolar;

- Atualização do calendário vacinal: a equipe de saúde deve verificar nas escolas as carteiras de vacinação dos alunos e identificar pendências vacinais. A atualização vacinal pode ocorrer na própria escola, em data previamente acordada e mediante autorização dos pais, ou através de encaminhamento à unidade de saúde;

- Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): a pressão arterial dos estudantes deve ser e aqueles identificados como hipertensos devem ser acompanhados pela unidade de saúde;

- Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados: a equipe de saúde deve observar possíveis manifestações relacionadas aos agravos de saúde negligenciados (hanseníase, tuberculose, malária, tracoma, leishmaniose, esquistossomose, doença de Chagas etc.), atentando para os indicadores epidemiológicos da região. A comunidade escolar também deve ser orientada quanto à identificação dos sinais de tais doenças. Em caso de detecção de algum desses agravos, o estudante deve ser, de imediato, agendado para consulta médica na unidade de saúde;

- Avaliação oftalmológica: a triagem de acuidade visual deve ser realizada com os estudantes através do teste de Snellen, que pode ser realizado por profissionais treinados da saúde ou educação, incluindo-se os ACSs. Os estudantes identificados com problemas visuais devem ser inseridos no Projeto Olhar Brasil, que prevê recursos para a atenção oftalmológica especializada e fornecimento de óculos, propiciando, assim, condições de saúde ocular favoráveis ao aprendizado;

- Avaliação auditiva: o desenvolvimento da audição e fala deve ser observado pela equipe de saúde, e educadores. Para tanto, esses profissionais devem ser capacitados sobre o desenvolvimento auditivo das crianças e estar aptos a realizar ações para prevenção de problemas auditivos nos escolares;

- Avaliação nutricional: deve ser realizada a identificação de hábitos alimentares inadequados por meio dos formulários do Sistema de Vigilância Alimentar

Nutricional (SISVAN). Os escolares e seus responsáveis devem ser orientados quanto a necessidade de adoção de alimentação adequada;

- Avaliação da saúde bucal: além da avaliação do estado de saúde bucal através do exame bucal epidemiológico e identificação dos educandos com necessidades de cuidado odontológico, essa linha de ação traz como abordagens coletivas a escovação dental supervisionada, entrega de escova e creme dental, aplicação tópica de flúor e educação em saúde bucal;

- Avaliação psicossocial: após análise interdisciplinar com envolvimento dos familiares, os escolares que apresentam necessidade devem sofrer avaliação psicossocial e posterior encaminhamento para a rede de assistência se pertinente e de acordo com discussão do caso entre família, equipes de saúde e escola.

As ações do Componente II (Promoção da saúde e prevenção de agravos) privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, permitindo que os estudantes e suas famílias realizem opções que melhorem sua qualidade de vida. O encontro entre os saberes das áreas da saúde e da educação potencializa o desenvolvimento das ações deste componente, que tem como desafio trabalhar as temáticas por meio de metodologias participativas, que superem as tradicionais ações de repasses de informações. Para isso, é desejado que haja entre os profissionais de saúde e educadores uma troca de saberes que reflita em práticas pedagógicas mais interessantes e adequadas (PAIVA, 2012).

Abaixo, estão apresentadas as linhas de ação do Componente II:

- Segurança alimentar e promoção da alimentação saudável: as equipes de saúde da ESF, em parceria com os profissionais do NASF, especialmente da área de nutrição, devem realizar ações coletivas de educação alimentar com alunos e responsáveis baseadas nos “10 passos da alimentação saudável”. O objetivo é estimular a oferta de alimentos saudáveis e a escolha de opções adequadas, bem como a discussão de temas relacionados ao perfil nutricional e cultural de cada região;

- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas: são recomendados o estímulo à prática de esportes e lazer, com realização de festivais de jogos esportivos, recreio dirigido e atividades conjuntas sobre a importância da atividade física como componente na prevenção de doenças;

- Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e de hepatites virais: inclui a prevenção das doenças sexualmente

transmissíveis e da gravidez indesejada na adolescência, engloba as relações de gênero e pretende contribuir para a superação de tabus e preconceitos;

- Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas: a discussão dessa linha temática deve ser incorporada ao cotidiano da escola e os educadores devem ser capacitados para isso. O objetivo é realizar atividades com a comunidade escolar para abordar os riscos e danos do uso de álcool, tabaco, *crack* e outras drogas;

- Promoção da cultura de paz e prevenção das violências: para se construir um ambiente escolar sadio e solidário, sem violência, devem ser realizadas atividades no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, *bullying*, homofobia, discriminação e preconceito da família e comunidade. Para tanto, sugere-se a elaboração de um projeto de convivência e mediação de conflitos;

- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável: deve ser realizada de forma articulada e intersetorial, de acordo com a realidade ambiental da comunidade. Uma importante ferramenta é a educação ambiental (BRASIL, 2011a).

Em apêndice (APÊNDICE A) seguem dois quadros elaborados a partir da mais recente publicação referente ao PSE, o Caderno do Gestor do PSE, divulgado em 2015, que traz pequenas modificações na nomenclatura e organização das linhas de ação dos Componentes I e II do programa (Quadros 3 e 4, respectivamente).

O Componente III apresenta a proposta de educação permanente e capacitação de profissionais da saúde, da educação e de jovens, onde os GTI-E e GTI-M têm papel fundamental na condução destas atividades. Este processo de formação no âmbito do PSE objetiva facilitar a comunicação e a compreensão dos profissionais dos setores envolvidos, fortalecendo vínculos e atendendo a expectativas mútuas (BRASIL, 2009a). É importante a realização de momentos formais como cursos presenciais ou à distância, oficinas, participação em congressos entre outros. Também são necessários momentos de encontro para troca de saberes e discussão das dificuldades e potencialidades do trabalho destes profissionais, como também das condições de saúde dos territórios (PAIVA, 2012).

As estratégias apontadas de forma a contemplar o Componente III são:

- Formação do GTI: formação permanente por meio de oficinas, ensino a distância e apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios;

- Formação de jovens protagonistas: com a metodologia de educação de pares, busca-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde;

- Formação de profissionais da Educação e da Saúde nos temas relativos ao PSE: realização de atividades de educação permanente com todos os profissionais da comunidade escolar e das equipes de saúde, em relação aos vários temas trazidos pelos demais componentes do programa;

- Cursos de educação a distância: divulgação de cursos online elaborados em parceria com universidades, organizações internacionais e órgãos do governo para profissionais da saúde e da educação abrangendo as temáticas do PSE (BRASIL, 2015a).

As linhas de ação dos três componentes são classificadas em essenciais e optativas e variam de acordo com o nível de escolaridade da instituição de ensino, conforme mostrado nos Quadros 3 e 4, referentes aos Componentes I e II, respectivamente (APÊNDICE A). As ações essenciais devem ser realizadas por todos os municípios, são as que contam para o alcance das metas e condicionam o repasse do recurso. Para as ações optativas não há obrigatoriedade ou número mínimo de ações a serem pactuadas (BRASIL, 2015a).

As ações do PSE, em todas as suas dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico (PPP) da escola, considerando-se as particularidades de cada município e região, como também a autonomia das equipes pedagógicas. As temáticas a serem trabalhadas no âmbito do PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores e/ou profissionais de saúde, com planejamento e apoio mútuo (BRASIL, 2015a). Sendo assim, qualquer intervenção de saúde (educativa, preventiva, clínica) deve também ser pedagógica e estar em sintonia com a programação pedagógica da escola (BRASIL, 2011a).

2.3.5 Atribuições

Os profissionais das equipes da ESF devem atuar nas escolas de sua área territorial adscrita, em visitas periódicas e permanentes, para avaliar as condições de saúde dos estudantes e proporcionar atendimento à saúde ao longo do ano, de acordo com as necessidades de saúde identificadas (BRASIL, 2007a).

Cada profissional da equipe de saúde tem suas atribuições gerais e específicas estabelecidas para execução das ações propostas pelo PSE. Os profissionais da educação não foram definidas atribuições específicas, cabendo a estes as funções de mediação, facilitação e colaboração com o desenvolvimento do programa (ALMEIDA, 2013; BRASIL, 2009a).

As ações de educação em saúde propostas devem ser analisadas pelos educadores de acordo com a pertinência, coerência pedagógica, estrutura e dinâmica da escola, assim como com as necessidades dos estudantes. Portanto, estratégias pedagógicas podem ser discutidas e complementadas pelos profissionais da educação e da saúde para que sejam coerentes com os pressupostos de aprendizagem adotados pela escola e para que sejam respeitadas as competências e atuação técnica de cada setor (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) estabelece, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, ações que envolvem distintas temáticas e áreas de atuação, como por exemplo: triagem da acuidade visual dos escolares, ações de promoção de saúde alimentar, incentivo a práticas de atividade física, orientações quanto à higiene bucal, combate ao uso de drogas e à poluição ambiental, orientações quanto à atualização do calendário vacinal. O conhecimento do projeto municipal do PSE; a participação nos processos de educação permanente; a operacionalização do programa em parceria com os profissionais da educação; o desenvolvimento de ações com alunos, pais, professores e funcionários da escola; bem como o planejamento, monitoramento e avaliação das ações também são descritas como atribuições comuns a todas as categorias profissionais da atenção básica no âmbito do PSE.

2.3.6 Monitoramento e avaliação

O monitoramento das ações realizadas no âmbito do PSE e a avaliação do alcance das metas pactuadas são fundamentais para a reorganização das ações e redirecionamento dos projetos e investimentos, sendo competência dos GTI-F, GTI-E e GTI-M o desenvolvimento desses processos (BRASIL, 2015a).

Como visto, a transferência de recursos referentes ao PSE está vinculada ao alcance das metas, que são monitoradas por meio de dois sistemas de monitoramento: o e-SUS da Atenção Básica (e-SUS/AB) para os dados do

Componente I e o Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC) para os dados dos Componentes II e III (BRASIL, 2013b).

O registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE é realizado no e-SUS/AB e no SIMEC de forma online, pelos profissionais da saúde e da educação, respectivamente, como também pelos gestores municipais responsáveis pelo programa (BRASIL, 2013b).

As equipes de saúde e educação devem possuir senha de acesso aos respectivos sistemas de monitoramento para preenchimento das ações em execução, com uma frequência mínima semestral. A soma das ações informadas pelas equipes gera informações para o monitoramento do município em relação às metas pactuadas, o que deve ser acompanhado pelo GTI-M. As equipes e escolas que estiverem com dificuldades de alcance das metas, devem ser apoiadas pelo GTI-M (BRASIL, 2015a).

Estudo de Machado e colaboradores (2015) aponta que o baixo percentual de inserção de dados no SIMEC vem dificultando o monitoramento e avaliação das ações do PSE e discute como fatores influenciadores: a falta de regularidade de alimentação dos sistemas, a falta de capacitação dos profissionais para o uso destes e a grande quantidade de sistemas de informação implantados no setor saúde.

O monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes também é outra vertente importante ao se pensar o PSE. Para isso, os Ministérios da Saúde e da Educação vem desenvolvendo periodicamente inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos educandos. Nesse contexto, destaca-se a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2009b).

Essa pesquisa amostral é realizada a cada três anos com adolescentes matriculados no 9º ano do ensino fundamental das escolas públicas e privadas de todo o país, utilizando-se um questionário padronizado autoaplicável que contempla itens sobre o perfil sociodemográfico e avaliação das condições de saúde dos estudantes, coletando informações sobre alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e drogas, saúde bucal, comportamento sexual, violência, acidentes, segurança e medidas antropométricas (BRASIL, 20013d).

A PeNSE visa subsidiar gestores e profissionais de saúde com informações confiáveis de saúde para a orientação e avaliação de políticas de saúde destinadas aos adolescentes (BRASIL, 2009b).

2.3.7 Semana da Saúde na Escola

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) de nº 357/2012 instituiu a Semana Saúde na Escola, organizada por meio de ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde realizadas em estabelecimentos públicos de ensino em todo o país, com participação direta das equipes de saúde da atenção básica e de educadores. A Semana Saúde na Escola tem periodicidade anual e a cada edição são definidos os temas principais que devem nortear a execução das ações (BRASIL, 2015b).

O objetivo principal da Semana Saúde na Escola é dar início a uma mobilização temática prioritária de saúde, que deve ser trabalhada ao longo do ano nas escolas, envolvendo a comunidade do território e fortalecendo a intersetorialidade (BRASIL, 2013e).

A Portaria MS nº 798/2015 redefiniu a Semana Saúde na Escola, permitindo a participação de todos os entes federados e seus estabelecimentos públicos de ensino, independente de prévia adesão ao PSE (BRASIL, 2015b).

Para os municípios participantes do PSE, as ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola são consideradas para o alcance das metas acordadas pelos municípios, possibilitando maior visibilidade e o reconhecimento das ações planejadas e executadas no âmbito do programa. (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2013e).

2.4 O processo de implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE

O convênio para adesão ao PSE pelo município de Fortaleza foi aprovado no ano de 2009, tendo sido efetivamente implantado em 2010. As primeiras escolas selecionadas foram as que possuíam o Programa Mais Educação implantado, em funcionamento e sem pendências financeiras e administrativas. As equipes de saúde escolhidas para compor o programa tinham responsabilidade sobre os territórios em que estavam localizadas as escolas, tendo sido priorizadas as equipes que estivessem completas (PAIVA, 2012).

Antes da implantação do PSE em Fortaleza, foram realizados, entre os anos de 2009 e 2010, seminários regionais articulados pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação onde foram reunidas as escolas e unidades de saúde que viriam a ser contempladas com o programa, tendo sido apresentadas a proposta do PSE, sua finalidade e operacionalização, enfatizando-se a importância da parceria entre equipes de saúde, coordenação das unidades de saúde, professores e direção escolar (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Na maioria das Secretarias Regionais (regiões administrativas do município de Fortaleza), o plano de ação do PSE foi elaborado de forma intersetorial e foram definidos calendários de visitas para melhor conhecimento dos processos de trabalho, quadro de funcionários e serviços ofertados nos dois cenários do programa: escolas e unidades de saúde. Esse processo de territorialização permitiu o estabelecimento de vínculo direto e consequente integração entre equipes de saúde e coordenação das escolas, fato que foi fundamental para o início da operacionalização do programa no município (PAIVA, 2012).

Em alguns territórios foram ainda realizadas rodas de conversa no espaço da escola com professores e profissionais de saúde para que fossem esclarecidas dúvidas sobre o programa e estabelecidos parceria e compromisso entre os estes setores. Nesses encontros ficava aparente a ansiedade de professores e profissionais de saúde pelo receio de não cumprimento das ações propostas pelo programa devido ao acúmulo de tarefas rotineiras que já se sentiam cobrados a executar (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Após esses momentos iniciais de apresentação do programa e aproximação dos setores saúde e educação, foi apresentado aos participantes o Componente I do PSE- Avaliação clínica e psicossocial, cujas ações logo passaram a ser desenvolvidas nas escolas pelas equipes de saúde com o apoio dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. Segundo a descrição de Paiva (2012), essa etapa teria sido pouco conturbada em alguns territórios, o que foi justificado pelo autor pelo fato de se tratar de um programa novo que estava sendo ainda experimentado, causando estranhamento inicial e dúvidas na execução.

Para o desenvolvimento das ações do Componente II (Promoção e prevenção à saúde) encontrou-se como entrave a falta de recursos didáticos para as atividades de educação em saúde. Além dessa dificuldade, puderam ser observados como fatores de desarticulação durante a implantação do PSE em Fortaleza: a rotatividade

dos profissionais, especialmente dos médicos, nas equipes de saúde da família; a redução da equipe técnica central responsável pelo programa e falhas na comunicação e no entendimento da proposta do programa (PAIVA, 2012).

No início da implantação do PSE havia sido prometido a disponibilização de material para as atividades, mobiliário e veículos de transporte a serem utilizados pelos técnicos do PSE nas secretarias regionais para a organização e execução das atividades referentes ao programa (PAIVA, 2012). No setor educação, percebia-se o otimismo com que o programa foi acolhido por conta das previsões de reformas de salas a serem destinadas ao programa e construção/reforma de escovódromos (FREITAS, 2015). Porém, muitas dessas promessas não se concretizaram e o programa perde em credibilidade à medida em que vai ganhando tempo de existência e não consegue viabilizá-las, segundo Freitas (2015).

Ao longo dos últimos anos aconteceram algumas capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Saúde do Estado, porém, participaram destas apenas os técnicos municipais e regionais do programa, que deveriam passar a ser multiplicadores junto aos profissionais envolvidos no PSE (PAIVA, 2012).

Freitas (2015) critica a atuação do GTI-M, que, de acordo com a autora, mostrou-se insatisfatória desde o início da sua formação, apresentando dificuldades para se reunir e encaminhar atividades de ordem mais local.

Segundo Paiva (2012), que estudou o processo de implantação do PSE em Fortaleza, esta teria acontecido de forma autoritária e vertical pelos Ministérios da Saúde e da Educação e pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que coordenava a articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, não respeitando e valorizando a participação dos sujeitos, as necessidades e realidades locais, o que teria comprometido o sucesso do programa neste município.

2.5 Parâmetros Curriculares Nacionais

O professor pode ser considerado um agente de saúde escolar, uma vez que interfere diretamente nos hábitos e costumes de seus alunos, não podendo eximir-se deste papel (SILVA, et. al., 2011). Não se pretende, porém, desviá-los de suas funções, mas incorporar ao âmbito escolar atitudes e práticas que valorizem a promoção da saúde de forma crítica, de forma que esta não seja encarada como

atribuição específica dos profissionais da saúde e desconsiderando, com isso, as possibilidades de práticas integradas e intersetoriais (SANTOS; BOGUS, 2007).

Por outro lado, para o êxito da promoção da saúde escolar faz-se necessário um profissional de saúde sensível à intersetorialidade ao planejar, desenvolver e avaliar as ações em conjunto com os profissionais da educação, além de apoiar-se na proposta das EPS e ter um olhar crítico e conhecimento básico da estrutura e funcionamento do sistema de ensino (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A Lei Básica de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) determina que a educação deve ser inspirada nos princípios de liberdade e de solidariedade humana (BRASIL, 2009a) e reafirma o princípio da base nacional comum, representado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) em primeiro nível, no âmbito federal. O segundo nível corresponde a sua concretização nos estados e municípios, onde esses parâmetros podem ser utilizados para as elaborações curriculares das Secretarias de Educação e, sucessivamente, se concretiza no terceiro nível com a elaboração curricular de cada instituição escolar, contextualizada na discussão do seu projeto educativo (BRASIL, 1996).

Os PCNs são referências para o processo educativo nos ensinos fundamental e médio em todas as regiões do país, tendo como objetivo garantir a todas as crianças e jovens brasileiros, mesmo em locais com condições desfavoráveis, o direito de usufruir do conjunto de conhecimentos necessários para o exercício da cidadania. Não possuem caráter de obrigatoriedade, podendo ser adaptados a cada realidade local através dos planejamentos pedagógicos de cada escola (PAIVA, 2012).

O planejamento anual de cada escola se consolida com a elaboração do projeto político-pedagógico (PPP), que se torna um retrato do que a escola se propõe a desenvolver no seu trabalho. O PSE defende, portanto, que as atividades em saúde sejam inseridas ao PPP de cada escola participante, favorecendo a cultura de promoção da saúde na experiência escolar cotidiana (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, se inserem as recomendações dos PCNs, ao recomendarem os temas relacionados à saúde como transversais e interdisciplinares, portanto como um discurso do cotidiano escolar, a ser feito pelos educadores, sob múltiplos olhares (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Os PCNs pontuam cinco temas transversais: ética, meio ambiente, saúde, pluralidade cultural e orientação sexual. No capítulo referente à saúde, os PCNs recomendam que toda a escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde

indicados pela OMS, tendo como objetivos: fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e comunidade no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável e implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individual e coletivos. Com isso, as políticas educacionais no Brasil passaram a se aproximar dos ideais das Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 1997b; GONÇALVES *et al.*, 2008).

O ensino de saúde tem-se mostrado um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. Os PCNs orientam que os programas relativos à saúde não devam ser apresentados como matéria ou disciplina, mas abordados através de correlação dos diferentes componentes curriculares, especialmente ciências, estudos sociais e educação física. Dessa forma, a promoção da saúde seria tratada como preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola (BRASIL, 1997b).

A elaboração coletiva dos PCNs relativos ao tema saúde foi um marco e a concretização do pensar educação e saúde sob uma ótica mais integradora. “Elaborar os parâmetros e participar na formação continuada dos professores é construir uma nova cultura, em que a educação e a saúde tenham sentidos e significados mais integrais e que resultem em projetos de vidas mais saudáveis” (BRASIL, 2002, p.535).

Por fim, vale salientar que, conforme está destacado nos PCNs, a escola, sozinha, não se responsabiliza pelas questões da saúde, mas pode fornecer elementos importantes para capacitar o cidadão para uma vida saudável. (BRASIL, 1997b).

2.6 A promoção da saúde e o cirurgião-dentista

2.6.1 Inclusão na Estratégia Saúde da Família e a intersetorialidade

A inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, ocorrida a partir da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu um novo cenário para a odontologia no Brasil, abrindo-se para novos conhecimentos e práticas (BRASIL, 2000).

A ESB atualmente é composta por cirurgião-dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB) e, facultativamente, técnico de saúde bucal (TSB).

A Portaria GM/MS nº 267, publicada em março de 2001, aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na atenção primária e estabeleceu como objetivos da odontologia na ESF: melhoria das condições de saúde bucal da população; orientação das práticas de atenção à saúde bucal de acordo com os princípios da ESF; acesso de todas as famílias da área adscrita às ações de promoção, prevenção e curativas em saúde bucal; capacitação e educação permanente dos profissionais da ESB no âmbito da ESF; avaliação dos padrões de qualidade e impacto das ações desenvolvidas (BRASIL, 2001).

Dentre as características operacionais a serem apresentadas pelas equipes de saúde bucal na ESF, a referida portaria cita: “VIII- estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social” (BRASIL, 2001, p.2).

A inserção da saúde bucal na ESF representou uma oportunidade de mudança no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na atenção básica, historicamente individualizado, curativo e dependente do equipamento odontológico. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para a melhoria da qualidade de vida das comunidades, através do trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, com ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde, o que, para o cirurgião-dentista, pode significar a ruptura do histórico isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Programa Brasil Soridente, indicam a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

Portanto, além de seu trabalho técnico específico, a equipe de saúde bucal deve desenvolver a capacidade de interagir com profissionais de outras áreas e com outros setores, ampliando seu conhecimento e, dessa forma, possibilitando uma abordagem integral dos indivíduos e famílias. Da mesma forma, aspectos da saúde bucal também devem ser apropriados pelos demais profissionais da saúde, para que se tornem objetos de suas práticas (BRASIL, 2004).

Esta política nacional explicita que a ESB deve, verdadeiramente, sentir-se e trabalhar como parte da equipe multiprofissional, estando as ações de saúde bucal inseridas no planejamento conjunto da equipe de saúde da família, relacionando-se permanentemente com as demais ações da unidade de saúde (BRASIL, 2004).

Importante enfatizar que a atuação integrada de toda a equipe não deve estar limitada a encaminhamentos internos e apoio técnico em situações pontuais, sendo, portanto, desejada uma troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções (FACCIN, SEBOLD, CARCERERI, 2010).

A Política Nacional de Saúde Bucal, em consonância com as recomendações da OMS, estimula a integração da saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva, trabalhando com abordagens sobre fatores de risco ou de proteção comuns para doenças da cavidade oral e outros agravos, como nas políticas de alimentação saudável, de cuidados com a higiene, de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes, além de integração com programas HIV/AIDS, de combate a doenças parasitárias, dentre outros (PETERSEN; KWAN, 2004; BRASIL, 2004).

Assim, esse novo modelo requer cirurgiões-dentistas com uma visão ampliada de saúde, com capacidade de compreender os indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica; também requer currículos de graduação e capacitações profissionais em acordo com essa necessidade e com a realidade do sistema de saúde local, permitindo que os profissionais trabalhem de forma qualitativa ao planejar, desenvolver e avaliar suas ações de saúde bucal (BRASIL, 2001b).

O que se vê com frequência, porém, é o cirurgião-dentista da ESF diante de vários desafios para o exercício de suas atividades, já que muitos não estão preparados para atividades de promoção e prevenção (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006), demonstram dificuldades para abordagem de conteúdos que fujam da área específica da saúde bucal (MENDES, 2014), além de terem a integração com a equipe de saúde da família como outro ponto crítico (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Tais dificuldades podem ter origem na formação destes profissionais, em geral, fundamentada em um modelo de ensino que valoriza a competência técnica, voltado para a especialização e para a prática curativa, com pouca ênfase nos aspectos socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença e nas atividades de promoção da saúde. Esse tipo de formação faz surgir cirurgiões-dentistas com perfil elitista, especializado e direcionado ao setor privado, mostrando contradição entre as políticas públicas de saúde e a formação oferecida (PINHEIRO *et al.*, 2009).

Frente a essa problemática, a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas tem sido revista de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica e a formação generalista dos profissionais, para uma atuação conforme o preconizado pelo SUS. Segundo a análise de Hanauer (2011), a nova geração de cirurgiões-dentistas não deve ter o foco de atuação apenas no atendimento individual e técnico, mas deve estar preparada e atenta para as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade, em consonância com a mudança do paradigma de atenção. Torna-se oportuno destacar que os cirurgiões-dentistas formados ainda no paradigma científico-tecnicista devem ser reciclados e capacitados a exercerem uma prática que seja coerente com os objetivos e propostas do SUS.

Essa formação em serviço é ressaltada por Santos e Cutolo (2003), que defendem o treinamento introdutório da equipe que adentra à ESF e o uso da educação à distância como ferramenta para o seguimento da formação. Os autores destacam que o treinamento dos recursos humanos tem vital importância para a “compensação das deficiências individuais dos profissionais envolvidos com a estratégia, já que, em sua maioria, não estão suficientemente sensibilizados para executar um trabalho em equipe de cunho verdadeiramente interdisciplinar” (SANTOS; CUTOLO, 2003, p.69).

2.6.2 Promoção da saúde e prevenção das doenças bucais

Ainda segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, as ações de promoção e proteção à saúde bucal podem ser desenvolvidas individual ou coletivamente. Os procedimentos coletivos foram estabelecidos como ações educativo-preventivas realizadas nas unidades de saúde, domicílios, grupos, escolas, associações, clubes ou outros espaços sociais. A fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor foram os procedimentos coletivos descritos em tais diretrizes (BRASIL, 2004).

Durante as décadas de 90 e 2000 os procedimentos coletivos se destacaram como instrumentos estratégicos de mudança do modelo de prática odontológica no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção à saúde (CARVALHO *et al.*, 2009).

Com a reformulação da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) em 2006, o termo “procedimentos coletivos” foi substituído por novas

denominações: a) ação coletiva de escovação dental supervisionada; b) ação coletiva de bochecho fluorado; c) ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; d) atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível superior na comunidade; e) atividade coletiva por profissional de nível médio na comunidade (Brasil, 2006).

No ano de 2010 foram instituídos novos parâmetros e indicadores de saúde bucal, acompanhando as modificações previstas no Pacto pela Saúde. A saúde bucal compõe o grupo de prioridade VI, fortalecimento da atenção básica, que tem como um dos objetivos aumentar a prevenção das principais doenças bucais, como a cárie e a doença periodontal, através do monitoramento do indicador “média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”, que aponta a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal (BRASIL, 2011b).

Em contraponto, a Política Nacional de Saúde Bucal defende a otimização da assistência odontológica, determinando que 75 a 85% das horas de trabalho de cirurgião-dentista sejam dedicadas a atendimento clínico e 15 a 25% para as atividades coletivas e outras, como planejamento e capacitação. As atividades preventivas coletivas podem, e se deseja, que sejam executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar - ASB e TSB - sempre com planejamento, supervisão e avaliação do cirurgião-dentista. Sugere-se, portanto, cautela no deslocamento frequente do CD para a execução de ações coletivas (BRASIL, 2004).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina que é de competência da ESB realizar a atenção em saúde bucal através de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, de forma resolutiva. (BRASIL, 2012).

As práticas de saúde realizadas de forma hegemônica, com ações curativas individualizadas, mostraram-se ineficazes na resolução de problemas como a cárie, doença bucal de maior prevalência. Com isso, a odontologia vem sendo repensada, levando ao fortalecimento de outro tipo de atenção, voltado para a prevenção das doenças bucais e para a promoção da saúde (PINHEIRO *et al.*, 2009).

A educação em saúde é uma ferramenta importante nesse processo e que deve ser incorporada às práticas dos cirurgiões-dentistas, compreendendo ações que “objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo

fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista da autonomia" (BRASIL, 2004, p.09).

Mendes (2014) destaca a necessidade de reconhecimento da importância da ESB estar presente em atividades educativas junto à comunidade para o despertar de uma nova consciência em saúde bucal, sensibilizando sobre a importância desta, integrando-a à saúde geral e conduzindo a comunidade a reflexões sobre saúde e qualidade de vida. Ressalta ainda a importância de buscar a autonomia dos usuários, estimulando práticas de autocuidado pelas famílias e indivíduos, considerando as particularidades sociais e culturais de cada território.

O Ministério da Saúde enfatiza essa questão, mostrando que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos diferentes espaços sociais, como associações comunitárias, igrejas, escolas, fábricas, clubes, entre outros, expandindo as atividades para além dos muros da unidade de saúde. Mesmo diante de tantas possibilidades de atuação, vários estudos apontam a escola como local mais utilizado pelos cirurgiões-dentistas para tais práticas (ALMEIDA; FERREIRA, 2008; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MENDES, 2014).

As justificativas consideradas para esta constatação são referentes ao fato de a escola facilitar o acesso a um maior número de crianças (MORETTI *et al.*, 2010); à importância da atuação e impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária de formação de hábitos (BRASIL, 2009); a tradicional recepção da escola com ações do setor saúde e à possibilidade de envolvimento das famílias, profissionais da educação além dos próprios escolares (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

As ações educativas realizadas em escolas mostraram-se efetivas na melhora das condições de saúde bucal e de hábitos, segundo o estudo de Turrioni (2012), que destaca a importância da capacitação e do planejamento conjunto das ações entre profissionais da escola e da saúde. Mendes (2014) também relata uma melhora no cuidado com a saúde bucal e maior habilidade para a escovação dental nos escolares beneficiados com programas de educação em saúde.

Os programas desenvolvidos nas escolas costumam ser fundamentados no controle da higiene bucal, através da ação coletiva de escovação dental supervisionada, controle da dieta, utilização de flúor e nas palestras como estratégia educativa (ALMEIDA; FERREIRA, 2008; GARBIN *et al.*, 2012; SÁ, 2014).

Entretanto, alguns autores argumentam que os cirurgiões-dentistas, por não estarem preparados para atividades de promoção e prevenção, realizam-nas de forma

inadequada, incompleta e isolada, provocando efeitos positivos temporários e pouco impactantes, de natureza paliativa (MORETTI *et al.*, 2010; TURRIONI, 2012).

As ações de saúde ampliadas, com envolvimento de toda a comunidade escolar em prol de um espaço favorável à saúde, realizadas de forma racional e com avaliações periódicas, são consideradas mais efetivas (MORETTI *et al.*, 2010; SOUZA; RONCALLI, 2007). Faccin, Sebold e Carcereri (2010) propõem a abordagem de temas relacionados a saúde em feiras de ciências escolares e a formação de multiplicadores destas informações como formas de se articular os conhecimentos entre os setores saúde e educação.

Uma nova ferramenta para fortalecer e instigar as equipes de saúde da família, como foco na promoção da saúde e prevenção de agravos é o Programa Saúde na Escola, que tem a avaliação e promoção em saúde bucal como umas das suas ações essenciais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a atuação dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola em Fortaleza- CE.

3.2 Objetivos específicos

- Delinear aspectos do perfil sociodemográfico e profissional dos cirurgiões-dentistas vinculados ao PSE em Fortaleza;
- Identificar que ações são realizadas na prática dos cirurgiões-dentistas da ESF no âmbito do PSE em Fortaleza e como são desenvolvidas nas diferentes Secretarias Regionais;
- Verificar se estes profissionais já receberam algum tipo de capacitação para atuação junto a esse Programa e quais seriam suas temáticas de interesse para novas capacitações;
- Conhecer as dificuldades e facilidades encontradas pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de caráter predominantemente quantitativo. Pesquisas descritivas têm como objetivo principal expor as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).

Segundo Prodanov e Freitas (2013), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados e descritos, sem que o pesquisador interfira neles. Visa descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas e relações com outros fatos.

Estudos de corte transversal visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como “instantâneos” da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

A abordagem quantitativa é empregada nos estudos quando se busca a relação efeito-causa entre os fenômenos ou a descrição de determinada hipótese ou problema, analisando a interação de certas variáveis. A pesquisa quantitativa traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, requerendo o uso de recursos e técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Quanto aos procedimentos técnicos, ou seja, a maneira pela qual ocorre a obtenção dos dados, este estudo foi delineado pelo Levantamento. “As pesquisas deste tipo caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”. Solicitam-se informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado, em seguida, através de análise quantitativa, são obtidas conclusões correspondentes aos dados coletados (GIL, 2008, p.55).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, entre os meses de janeiro a março de 2016. Fortaleza possuía, no início da realização deste estudo, uma população estimada de 2.500.194 habitantes, 93 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e 347 equipes da Estratégia Saúde da Família

(ESF) implantadas em seu território, representando 42,64% da população coberta por equipes de Saúde da Família (SMSF, 2015a).

Em 1997, foram criadas no município de Fortaleza as Secretarias Executivas Regionais (SER), distribuindo geograficamente os 119 bairros da cidade em seis regionais administrativas, descentralizando a gestão (PMF, 2010). Com a criação da Regional do Centro no ano de 2007 e mudança de nomenclatura ocorrida em 2013, o município hoje encontra-se organizado em sete Secretarias Regionais (SR). Cada Secretaria Regional, à exceção da SR do Centro, funciona com uma Coordenadoria Regional de Saúde, que tem como finalidade exercer autoridade sanitária no seu território, planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais (SMSF, 2015b).

Este estudo foi desenvolvido nas Secretarias Regionais I, II, III, IV, V e VI.

4.3 População do estudo

Considerando que o cirurgião-dentista é componente de uma equipe de saúde bucal (ESB) que, por sua vez, está associada a uma equipe da ESF, este estudo foi desenvolvido com os cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza-CE vinculadas a escolas públicas de ensino fundamental e/ou médio por meio do PSE.

O PSE foi implantado em Fortaleza no ano de 2010 e, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município contava, ao final do ano de 2015, com 248 escolas públicas vinculadas ao programa, totalizando, aproximadamente, 168.135 alunos acompanhados (SMSF, 2015c).

O PSE diferencia as ações recomendadas para cada nível de ensino, elencando ações essenciais e optativas para creches, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos (EJA). O presente trabalho está direcionado para os ensinos fundamental e médio, que concentram o maior número de estudantes neste município, assim como o maior número de ações recomendadas pelo PSE.

Para desenvolver, em parceira com as escolas vinculadas, as ações propostas pelo PSE, o município de Fortaleza totalizou, em 2015, 260 equipes de Saúde da Família com adesão ao programa (SMSF, 2015c). Deste total, 249 equipes

estavam vinculadas a escolas de ensino fundamental e/ou médio, distribuídas entre as seis SRs como mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição por Secretaria Regional das equipes da ESF com vínculos a escolas públicas de ensino fundamental e/ou médio por meio do PSE. Fortaleza-Ceará, 2016.

	Secretaria Regional						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Nº de equipes da ESF vinculadas ao PSE *	42	22	41	26	40	78	249
Nº de equipes da ESF vinculadas ao PSE* com cirurgião-dentista cadastrado	24	22	35	23	29	63	196

Fonte: SMSF, 2015c. *Considerando escolas públicas de ensino fundamental e/ou médio.

Os técnicos responsáveis pelo PSE em cada SR de Fortaleza foram consultados em janeiro/2016 para confirmação dos vínculos de cada equipe ao programa e os coordenadores regionais de saúde bucal forneceram atualizações sobre os cadastros e exercício profissional dos cirurgiões-dentistas componentes das referidas equipes.

Os cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde da Família vinculadas ao PSE constituíram a população deste estudo, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão abaixo estabelecidos.

Critérios de inclusão: Cirurgiões-dentistas em exercício nas UAPS de Fortaleza e participantes de equipes da ESF vinculadas, por meio do PSE, a escolas públicas de ensino fundamental e/ou médio.

Critérios de exclusão: Profissionais que se encontravam afastados da UAPS de lotação por estarem licenciados durante o período de coleta de dados, os profissionais que se recusaram a participar do estudo e aqueles profissionais com os quais não se obteve contato através de e-mail, telefone e estavam ausentes durante a visita da pesquisadora às unidades de saúde.

4.4 Coleta de dados

O instrumento proposto para essa pesquisa foi um questionário *online* com perguntas abertas e fechadas elaborado com o recurso para criação de formulários do *Google Docs* - pacote gratuito de serviços *online* integrado ao serviço de e-mail do *Google* – que permaneceu disponível para acesso durante os meses de fevereiro e março de 2016. Este questionário, cujo roteiro está apresentado em apêndice (APÊNDICE B) podia ser acessado e preenchido eletronicamente pelo computador ou

smartphone dos participantes através do *link* a eles enviado via e-mail e/ou *WhatsApp*, aplicativo de mensagens instantâneas para *smartphones*.

O questionário é um instrumento de coleta de dados composto por perguntas ordenadas que devem ser respondidas pelo participante, sem a presença do pesquisador. A linguagem utilizada deve ser simples e direta, para que o respondente compreenda com clareza o que está sendo perguntado (LAKATOS; MARCONI, 2000).

Os questionários *online* vêm sendo cada vez mais utilizados pelos pesquisadores em virtude de suas vantagens como: baixo custo; capacidade de atingir populações específicas e respondentes geograficamente distantes; agilidade na aplicação, controle e retorno das respostas; simplicidade na tabulação dos dados, reduzindo erros e custos de digitação e, por tudo isso, facilidade de uso em grandes amostras. Para os respondentes deste tipo de questionário também são apontadas vantagens como a possibilidade de respondê-los de acordo com sua conveniência e tempo; a facilidade de preenchimento; a “limpeza” do instrumento, pela ausência de rasuras e a atratividade propiciada pela interatividade (AZEVEDO; MIAZAKI; PORFÍRIO, 2014; VIEIRA; CASTRO; SCHUCH-JÚNIOR, 2010; WALTER, 2013).

Porém, ao escolher esse método para coleta de dados é necessário estar atento a suas possíveis limitações, buscando formas de minimizá-las. Os autores apontam a dificuldade de recrutar os participantes, a preocupação destes com a transmissão de vírus através dos e-mails; a probabilidade de ser percebida como uma mensagem massificada não solicitada (*SPAM*); a impessoalidade; a necessidade de acesso e familiaridade com o uso da internet; e a taxa de respostas inferior a de outros meio de coleta de dados como limitações ao uso de questionários online (VASCONCELOS; GUEDES, 2007; VIEIRA; CASTRO; SCHUCH-JUNIOR, 2010; WALTER, 2013).

Buscando minimizar algumas limitações apontadas acima, a pesquisadora realizou contato prévio com os coordenadores de saúde bucal e com os técnicos responsáveis pelo PSE em cada uma das SRs de forma a apresentar o estudo proposto e solicitar apoio na divulgação do mesmo junto aos profissionais envolvidos no programa.

Os contatos telefônicos dos participantes, em sua maioria, foram obtidos nos grupos de cirurgiões-dentistas de Fortaleza organizados e previamente existentes no aplicativo de mensagens *WhatsApp*, dos quais participa a pesquisadora. Outros

contatos telefônicos ou endereços de e-mail foram conseguidos informalmente através dos próprios colegas cirurgiões-dentistas.

De forma a evitar, por parte dos participantes, a percepção do questionário como vírus ou marcação como SPAM foi utilizado o perfil de *WhatsApp*/número telefônico e endereço de e-mail pessoais da pesquisadora para o envio do convite para participação na pesquisa, com uma mensagem introdutória contendo informações sobre a pesquisadora e objetivos da pesquisa.

Percebendo dificuldades de manuseio dessas ferramentas *online* relatadas por alguns participantes e também, a partir da constatação do número de devoluções dos questionários preenchidos estar aquém do desejado, optou-se, no segundo mês de coleta de dados, por complementar esta coleta com o uso do questionário sob a forma impressa tradicional, apresentado aos participantes durante visita às unidades de saúde de lotação dos profissionais que ainda não haviam registrado suas respostas no instrumento *online*.

O questionário eletrônico não solicitava identificação dos respondentes, mas, a pedido da pesquisadora, muitos dos participantes emitiram *feedback* posterior informando que haviam preenchido o instrumento. Aqueles que não se posicionavam espontaneamente quanto à participação na pesquisa eram procurados pela pesquisadora por meio de mensagem no *WhatsApp* ou ligação telefônica; dessa forma foi possível identificar aqueles profissionais que ainda não haviam registrado suas respostas no questionário online.

Previamente à coleta dos dados, foi aplicado um teste-piloto com o objetivo de verificar a adequação do instrumento de pesquisa antes de ser aplicado definitivamente, conforme recomendam Lakatos e Marconi (2000).

O teste-piloto foi realizado também de forma *online* com três cirurgiões-dentistas também alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família, participantes da ESF e que atuam no PSE em municípios do interior cearense. Também participaram do teste-piloto dois cirurgiões-dentistas da ESF do município de Fortaleza que conhecem o PSE, mas que não estão, no momento, em equipes vinculadas ao programa. Este teste-piloto foi utilizado para avaliação do instrumento de pesquisa em si, como também para avaliação da forma de apresentação do mesmo através da ferramenta *online*.

Depois de responderem ao questionário, os participantes do teste-piloto foram consultados acerca das dificuldades encontradas durante seu preenchimento, como

orienta Gil (2008), compartilharam suas impressões sobre o manuseio do instrumento *online* e deixaram sugestões para aprimoramento do mesmo.

Após a análise do teste-piloto, o questionário inicial sofreu reformulações, alguns itens foram excluídos e outros, que geravam dúvidas, tiveram sua redação modificada. A apresentação do instrumento na ferramenta *online* também sofreu leves alterações de forma a facilitar o preenchimento de algumas questões. Esta etapa foi importante para a construção de um instrumento definitivo mais simples, claro e objetivo, contribuindo para uma melhor condução da coleta de dados.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e salvos automaticamente pelo recurso de formulários do *Google Docs* em uma planilha no padrão *Microsoft Excel*. A planilha *Excel* gerada foi exportada para o pacote estatístico SPSS versão 19, onde foi realizada análise descritiva e aplicados testes estatísticos sobre os dados quantitativos, para realização de análise comparativa, buscando associação entre as variáveis.

Aplicou-se o teste tradicional do qui-quadrado para avaliar as possíveis associações/dependências entre as variáveis em teste. Nos casos onde a suposição da aplicação do teste do qui-quadrado foi invalida, aplicou-se o teste exato de Fisher, por fornecer mais confiança quando se trata de comparações entre duas variáveis qualitativas. Considerou-se no estudo o critério de significância de 5%, logo, quando o p-valor $< 0,05$, constata-se o relacionamento/associação entre as variáveis testadas e quando p-valor $> 0,05$ está refutada a associação, comprovando-se a independência das variáveis.

Os resultados estatísticos foram apresentados em gráfico, quadros e tabelas.

Para a análise dos dados textuais, coletados a partir das questões abertas do questionário, foi utilizado o método da análise de conteúdo, a partir da leitura de Moraes (1999). Segundo o autor, essa técnica é marcada por uma grande variedade de formas e adaptável a um vasto campo de aplicação.

Seguindo as etapas descritas pelo autor para a análise de conteúdo, procedeu-se inicialmente a preparação das informações, com leitura de todo o material disponível e identificação/codificação de cada uma das respostas textuais coletadas; seguida pela transformação do conteúdo em unidades de análise, etapa

conhecida como unitarização; passando para a fase de categorização, onde as unidades de análise foram agrupadas considerando-se a parte comum existente entre elas. Com os dados organizados por categorias, realizou-se a etapa de descrição. Por se tratar de um estudo de caráter quantitativo, os resultados da análise foram descritos em quadros que apresentam as categorias e as frequências referentes a cada unidade de análise, como considerou Moraes (1999). A última etapa, de interpretação, buscou atingir uma compreensão do conteúdo das respostas coletadas na pesquisa através da inferência e interpretação.

4.6 Aspectos éticos

Este trabalho foi, inicialmente, apresentado à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) do município de Fortaleza, que emitiu parecer favorável à realização deste estudo através de Carta de Anuência expedida em 23 de outubro de 2015.

Em seguida foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, sob o parecer nº 1.350.174, tendo sido aprovado em 03 de dezembro de 2015.

A participação dos profissionais neste estudo foi voluntária e autorizada mediante a concordância em participar do estudo ao selecionar a opção “aceito participar da pesquisa” ao final do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado eletronicamente aos participantes na abertura do questionário *online* (APÊNDICE C), antes da digitação para coleta de dados; ou apresentado de forma impressa (APÊNDICE D), em duas vias, àqueles que optaram por preencher o questionário da forma tradicional, em papel.

No referido termo, os participantes foram informados de forma clara sobre os objetivos da pesquisa, ferramenta utilizada para preenchimento do questionário, tipo de perguntas, tempo estimado necessário ao preenchimento do instrumento, utilização dos dados a serem coletados, riscos e benefícios envolvidos no estudo, além de informações relativas à pesquisadora, como identificação e contato para esclarecimentos e dúvidas. Os participantes também foram informados de que não seria necessária sua identificação nominal durante o preenchimento do questionário e esclarecidos sobre o direito de recusar-se a participar da pesquisa, sem penalidades ou prejuízos pessoais. Foi esclarecido, ainda, que ao final do preenchimento do

questionário *online* seria solicitada ao participante uma confirmação antes do envio das respostas e que, após o envio não haveria possibilidade de retirada das informações fornecidas durante o preenchimento do instrumento.

Os respondentes do questionário *online* também poderiam solicitar uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido mediante seleção da opção disponível na ferramenta eletrônica. Nestes casos, uma cópia do TCLE com a assinatura da pesquisadora era enviada ao e-mail do participante.

5 RESULTADOS

A população potencialmente elegível para este estudo era composta por 196 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza-Ceará com vínculo com o Programa Saúde na Escola (PSE). Porém, destes, 16 encontravam-se licenciados do trabalho durante o período de coleta de dados, 04 não aceitaram participar do estudo e outros 17 profissionais não retornaram aos contatos realizados através de e-mail, *WhatsApp* e/ou ligação telefônica, além de não estarem presentes nas unidades de saúde durante visita da pesquisadora. Considerando também a exclusão da própria pesquisadora, totalizaram-se 38 perdas da população inicial.

O estudo, portanto, foi realizado com 158 cirurgiões-dentistas componentes de equipes da ESF de Fortaleza vinculadas a escolas de ensino fundamental e/ou médio por meio do PSE, dos quais 112 responderam ao questionário *online* e 46 preencheram o questionário da forma impressa. Entre os que participaram por meio eletrônico, apenas 15 solicitaram o envio de cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes deste estudo apresentavam idades entre 31 e 64 anos, com média de 41 anos e predominância do sexo feminino (75,3%). Grande parte dos cirurgiões-dentistas questionados possuíam entre 4 e 15 anos de formação (57,6%), com média de 17 anos de formatura. A maioria havia concluído cursos de pós-graduação (96,9%), com predomínio do nível de especialização e destaque para a formação nas áreas de Saúde da Família, Saúde Coletiva e Saúde Pública, onde 84 dos participantes (53,2%) eram especialistas. Constatou-se tempo médio de 10 anos de trabalho na ESF e de 07 anos de trabalho na ESF em Fortaleza entre os cirurgiões-dentistas investigados. Quanto à Secretaria Regional (SR), a maior parte dos participantes (29,7%) encontravam-se em exercício nas unidades de saúde da SR VI deste município.

Os resultados relativos a aspectos sociodemográficos e profissionais dos participantes estão apresentados na Tabela 2.

De acordo com os resultados expostos na tabela 3, pouco mais da metade dos cirurgiões-dentistas participantes deste estudo (51,9%) reconheciam o vínculo de suas equipes de saúde ao PSE, porém, foi identificado um número considerável de profissionais (34,2%) que acreditavam não haver vínculo de sua equipe ao programa e, outros, em menor percentual (13,9%), não souberam prestar essa informação.

Tabela 2: Distribuição dos participantes segundo o sexo, faixa etária, tempo de formação, nível de formação, tempo de trabalho na ESF, tempo de trabalho na ESF em Fortaleza e Secretaria Regional. Fortaleza- Ceará, 2016.

	Variável	n	%
Sexo			
Feminino		119	75,3
Masculino		39	24,7
Idade			
31 a 40 anos		101	63,9
41 a 50 anos		35	22,2
51 a 60 anos		15	9,5
> 60 anos		7	4,4
<i>Média: 41 anos</i>			
Tempo de Formação (Graduação)			
4 a 15 anos		91	57,6
16 a 30 anos		55	34,8
>30 anos		12	7,6
<i>Média: 17 anos</i>			
Nível de Formação			
Apenas graduação		5	3,1
Especialização em Saúde da Família/Saúde Coletiva/Saúde Pública		84	53,2
Especialização em outras áreas		92	58,2
Residência multiprofissional em saúde		7	4,4
Mestrado em Saúde da Família/Saúde Coletiva/Saúde Pública		10	6,3
Mestrado em outras áreas		12	7,6
Doutorado em Saúde da Família/Saúde Coletiva/Saúde Pública		1	0,6
Doutorado em outras áreas		1	0,6
Tempo de trabalho na ESF			
01 a 10 anos		81	51,3
11 a 20 anos		77	48,7
<i>Média: 10 anos</i>			
Tempo de trabalho na ESF em Fortaleza			
01 a 05 anos		70	44,3
06 a 10 anos		82	51,9
> 11 anos		6	3,8
<i>Média: 7 anos</i>			
Secretaria Regional			
I		20	12,7
II		20	12,7
III		27	17,1
IV		22	13,9
V		22	13,9
VI		47	29,7

Fonte: própria. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. *Item de múltipla escolha.

Quanto à participação em processos de capacitação para atuação no PSE, a grande maioria dos participantes do estudo (73,4%) declarou nunca haver participado de treinamentos desta natureza e o grau de interesse destes profissionais em participar de capacitação no âmbito do PSE, medido através de escala numérica que

variava de 01 (pouco interesse) a 10 (muito interesse), teve média 7, onde 67,1% optaram por valores entre 06 e 10 na escala, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos participantes segundo o conhecimento sobre vínculos ao PSE, participação e interesse por capacitações no âmbito do programa. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	n	%
Conhecimento sobre vínculo da equipe de saúde ao PSE		
Sim, está vinculada	82	51,9
Não está vinculada	54	34,2
Não sei informar	22	13,9
Participação em capacitação para atuação no PSE		
Não	116	73,4
Sim	42	26,6
Grau de interesse por capacitação no âmbito do PSE		
De 01 a 05	52	32,9
De 06 a 10	106	67,1
<i>Média: 07</i>		

Fonte: própria. Dados expressos em frequência absoluta e percentual.

Nesse contexto, foi solicitado aos participantes que indicassem, a partir de uma lista apresentada, temas que considerassem importantes a serem abordados em processos de capacitação profissional para atuação no PSE. O resultado detalhado deste item está exposto na tabela 4, que mostra “estratégias educativas” como o tema mais escolhido (77,8%), seguido por “promoção da alimentação saudável” (68,4%) e “prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas” (66,5%).

Tabela 4: Temas indicados pelos cirurgiões-dentistas como importantes a serem abordados em processos de capacitação para atuação no PSE. Fortaleza-Ceará, 2016.

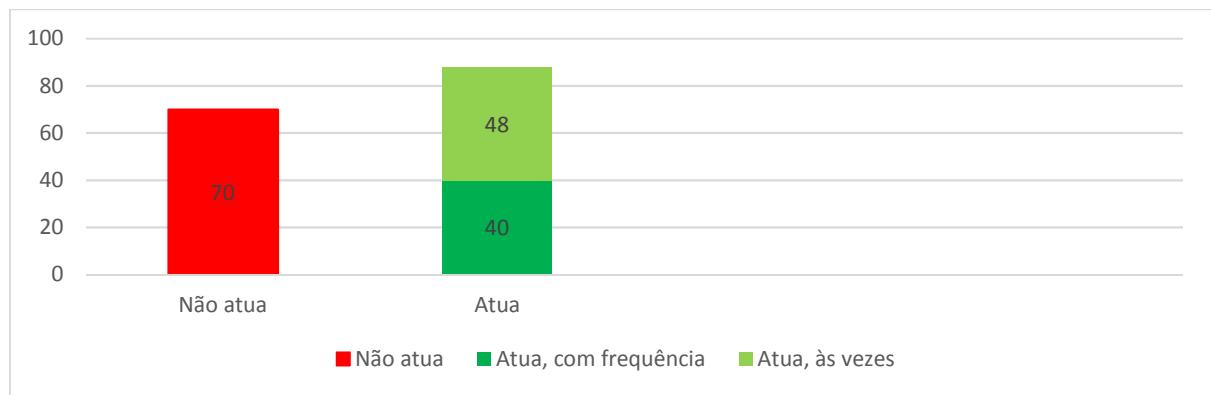
Temas	n	%
Estratégias educativas	123	77,8
Promoção da alimentação saudável/vigilância alimentar	108	68,4
Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	105	66,5
Avaliações clínicas (antropométrica/auditiva/odontológica/oftalmológica/nutricional)	92	58,2
Prevenção das violências	91	57,6
Apresentação da proposta do PSE	89	56,3
Prevenção das DST/AIDS	82	51,9
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	74	46,8
Promoção de práticas corporais e atividade física	67	42,4
Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados	67	42,4
Avaliação psicosocial	57	36,1
Direitos sexuais e direitos reprodutivos	56	35,4
Prevenção de acidentes e mapeamento das situações de risco de acidentes	54	34,2
Gestão intersetorial do PSE	52	32,9
Nenhum	4	2,5
Outros (saúde bucal, promoção da saúde bucal, farmacologia+ART)	3	1,9

Fonte: própria. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. Item de múltipla escolha.

Vale destacar que “apresentação da proposta do PSE”, “prevenção das DST/AIDS”, “prevenção das violências” e “avaliações clínicas” também foram temas citados por mais da metade dos profissionais, enquanto “prevenção de acidentes e mapeamento de situações de risco a acidentes na escola” e “gestão intersetorial do PSE” foram os temas de menor interesse. Três participantes selecionaram a opção “outros” sugerindo temas como “saúde bucal”, “promoção da saúde bucal” e “farmacologia + ART” (*Atraumatic Restorative Treatment*).

Em relação à atuação dos cirurgiões-dentistas no PSE, 88 participantes (55,7%) afirmaram desenvolver e/ou participar de atividades referentes a este programa, mas apenas 40 (25,3%) o fazem com frequência, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a atuação no PSE. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: própria.

Para o desenvolvimento das atividades, os cirurgiões-dentistas atuantes no PSE são acompanhados, em sua maioria, pelos ASBs/TSBs (75,0%) e enfermeiros (51,1%) da equipe de saúde. Alguns participantes (8%) relataram realizar sozinhos as atividades no PSE e apenas 9,1 % contam com a colaboração do médico da equipe para este trabalho. A definição das ações a serem desenvolvidas na escola acontecem, prioritariamente, a partir das solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, conforme indicado por 69,3% dos participantes, enquanto o diagnóstico de necessidades dos escolares é um recurso utilizado por 23,9% dos investigados. Estes resultados estão apresentados a seguir na Tabela 5.

Ainda em relação aos cirurgiões-dentistas que atuam no PSE, conforme os dados apresentados na tabela 5, a maioria dos avaliados nunca havia desenvolvido ações na escola que envolvessem os pais dos estudantes (64,8%), realizam ações de

educação em saúde (96,6%) e executam, em alguns casos, o atendimento clínico ou encaminham para a unidade de saúde de referência os escolares com necessidades de cuidado odontológico (56,8%).

Tabela 5: Distribuição dos participantes que atuam no PSE segundo o tempo de atuação e desenvolvimento das ações. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	n	%
Tempo de atuação no PSE em Fortaleza		
1 ano	8	9,1
2 anos	15	17,0
3 anos	14	15,9
4 anos	19	21,6
5 anos	16	18,2
Não sei informar	16	18,2
<i>Média: 3,27 anos</i>		
Quem participa do desenvolvimento das ações*		
ASB/TSB	66	75,0
Enfermeiro da equipe	45	51,1
ACSS	37	42,0
Professores	16	18,2
Membros do NASF	10	11,4
Médico da equipe	8	9,1
Realizo sozinho	7	8,0
Educador em saúde	5	5,7
Como são definidas as ações desenvolvidas*		
De acordo com as solicitações da SMS	61	69,3
Diagnóstico de necessidades dos escolares	21	23,9
Interesses da equipe de saúde	21	23,9
Solicitações da direção da escola	13	14,8
Escolhas pessoais	10	11,4
Aleatoriamente	5	5,7
Já desenvolveu alguma ação com os pais dos escolares		
Não	57	64,8
Sim	31	35,2
Desenvolve ações de educação em saúde		
Sim	85	96,6
Não	3	3,4
Realiza/encaminha atendimento clínico odontológico dos escolares com necessidades de cuidado		
Sim, algumas vezes	50	56,8
Sim, com frequência	27	30,7
Não	11	12,5

Fonte: própria. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. *Item de múltipla escolha.

Os participantes que afirmaram desenvolver ações de educação em saúde no PSE (n=85) também foram interrogados quanto às estratégias educativas por eles empregadas, tendo sido encontrados a “palestra” (91,8%) e o “vídeo educativo” (63,5%) como métodos mais escolhidos para tais atividades e a “intervenção na

comunidade" (5,9%) como estratégia menos utilizada. Dentre as opções apresentadas no item anterior, os cirurgiões-dentistas também indicaram as estratégias educativas nas quais tinham interesse em utilizar, apesar de ainda não utilizarem. Os "jogos", "intervenção na comunidade" e "gincana" foram apontados como os métodos de maior interesse dos participantes, conforme exposto na tabela 6.

Tabela 6: Estratégias educativas utilizadas e as de interesse dos cirurgiões-dentistas que desenvolvem ações de educação em saúde no PSE. Fortaleza-Ceará, 2016.

Estratégias educativas	Utiliza		Não utiliza, mas gostaria de utilizar	
	n	%	n	%
Palestra	78	91,8	-	-
Vídeo educativo	54	63,5	19	22,4
Roda de conversa	42	49,4	14	16,5
Dinâmica de grupo	16	18,8	20	23,5
Debate	15	17,6	12	14,1
Jogos	12	14,1	27	31,8
Recursos informatizados	12	14,1	22	25,9
Discussão de filme	9	10,6	18	21,2
Gincana	7	8,2	26	30,6
Dramatização	6	7,1	21	24,7
Intervenção na comunidade	5	5,9	26	30,6
Nenhuma	0	0,0	9	10,6

Fonte dos dados: própria

Das ações propostas pelo PSE, as trazidas pelo Componente I são mais realizadas pelos cirurgiões-dentistas do que as ações do Componente II, como se observa nos resultados apresentados na tabela 7. Dentre as ações do Componente I, a "escovação supervisionada e aplicação de flúor" e a "educação em saúde bucal" são realizadas por quase todos os participantes (96,6%), enquanto apenas 3,4% deles já realizaram, ou colaboraram para a realização das avaliações auditiva e psicossocial.

Com relação às ações do Componente II, a "promoção da alimentação saudável" é a ação mais realizada por este grupo de profissionais, enquanto a "prevenção de acidentes e mapeamento de risco de acidentes na escola" e a "promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável" são as ações menos realizadas. Uma parcela de 28,4% dos cirurgiões-dentistas atuantes no PSE afirmou não desenvolver nenhuma das ações trazidas pelo Componente II do programa.

Tabela 7: Ações dos Componentes I e II já realizadas pelos cirurgiões-dentistas participantes do PSE. Fortaleza-Ceará, 2016.

Ações do Componente I	n	%
Escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor	85	96,6
Educação em saúde bucal	85	96,6
Avaliação da saúde bucal	71	80,7
Avaliação antropométrica	41	46,6
Avaliação oftalmológica	38	43,2
Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados	29	33,0
Atualização do calendário vacinal	29	33,0
Avaliação nutricional	18	20,5
Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica	4	4,5
Avaliação auditiva	3	3,4
Avaliação psicossocial	3	3,4
Nenhuma	-	-
Ações do Componente II	n	%
Promoção da alimentação saudável	55	62,5
Nenhuma	25	28,4
Educação para a saúde sexual e reprodutiva	21	23,9
Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas	17	19,3
Promoção das práticas corporais e atividade física	9	10,2
Promoção da cultura de paz e prevenção das violências	9	10,2
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	5	5,7
Prevenção de acidentes e mapeamento de risco de acidentes na escola	2	2,3

Fonte dos dados: própria.

Ainda em relação a atuação dos cirurgiões-dentistas de Fortaleza junto ao PSE, aplicou-se o teste estatístico do qui-quadrado de forma a avaliar se haveria associação entre esta variável e a formação profissional em áreas mais afins ao referencial e princípios do programa. Como se observa na tabela 8, não houve resultado significativo entre a variável “Você atua no PSE” e a formação em áreas como Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública, em nível de especialização, mestrado, doutorado ou ainda residência multiprofissional em saúde.

Tabela 8: Distribuição dos participantes segundo atuação no PSE e formação. Fortaleza-Ceará, 2016.

Formação em Saúde da Família/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública ou Residência multiprofissional	Atua no PSE					P-valor	
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Sim	55	62,5%	39	55,7%			
Não	33	37,5%	31	44,3%		0,418	
Total:	88	100,0%	70	100,0%			

Fonte: própria. Teste utilizado: Qui-quadrado

Seguindo com as análises comparativas dos resultados deste estudo, foram investigadas possíveis associações entre a Secretaria Regional de exercício dos participantes e algumas variáveis relacionadas à atuação dos mesmos no PSE. As tabelas 9, 10 e 11 apresentam os resultados dessas análises.

Tabela 9: Distribuição dos participantes de acordo com conhecimento sobre vínculo ao PSE e atuação no programa, por Secretaria Regional. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	Secretaria Regional						P-valor
	I	II	III	IV	V	VI	
Conhecimento sobre vínculo da equipe de saúde ao PSE							
Sim, está vinculada	8 40,0%	10 50,0%	19 70,4%	10 45,5%	16 72,7%	19 40,4%	
Não está vinculada	10 50,0%	9 45,0%	4 14,8%	10 45,5%	4 18,2%	17 36,2%	0,052
Não sei informar	2 10,0%	1 5,0%	4 14,8%	2 9,0%	2 9,1%	11 23,4%	
Atua no PSE							
Sim	9 45,0%	6 30,0%	22 81,5%	10 45,5%	20 91,0%	21 44,7%	<0,001
Não	11 55,0%	14 70,0%	5 18,5%	12 54,5%	2 9,0%	26 55,3%	
Total	20 100,0%	20 100,0%	27 100,0%	22 100,0%	22 100,0%	47 100,0%	

Fonte: própria. Teste utilizado: Fisher. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. Em negrito: significância estatística.

Observando os resultados na tabela 9 encontramos que o conhecimento sobre o vínculo da equipe de saúde ao PSE tem dependência com a Secretaria Regional. Com o P-valor encontrado (0,052) estando no limite, considerou-se estatisticamente significativa a predominância de conhecimento sobre o vínculo ao programa nas SRs III (70,4%) e V (72,7%), ou seja, nestas Secretarias Regionais há um maior quantitativo de profissionais cientes do vínculo de sua equipe ao PSE.

Em relação à atuação no PSE, também se constatou associação estatística entre esta variável e a Secretaria Regional ($p<0,001$), onde as SRs III e V destacaram-se por possuir grande parcela de seus cirurgiões-dentistas em atividade no programa (81,5% e 91%, respectivamente), enquanto na SR II apenas 30% dos cirurgiões-dentistas desenvolvem este trabalho.

A tabela 10 mostra que não há diferença estatisticamente significativa entre os resultados das seis SRs com relação ao número de cirurgiões-dentistas que já haviam desenvolvido ações com os pais dos escolares no âmbito do PSE, como

também em relação aos que prestam atendimento clínico aos alunos com necessidades de cuidado odontológico (ou encaminham para atendimento na unidade de referência).

Tabela 10: Distribuição, por Secretaria Regional, dos participantes atuantes no PSE que já desenvolveram ações com os pais de alunos e que realizam atendimento clínico ou encaminham os escolares com necessidades odontológicas. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	Secretaria Regional						P-valor	
	I	II	III	IV	V	VI		
Já desenvolveu ações que envolvessem os pais dos escolares								
Sim	4 44,4%	2 33,3%	4 18,2%	6 60,0%	9 45,0%	6 28,6%	0,203	
Não	5 55,6%	5 66,7%	18 81,8%	4 40,0%	11 55,0%	15 71,4%		
Realiza/encaminha atendimento clínico odontológico nos escolares com necessidade de cuidado								
Sim, com frequência	3 33,3%	2 33,3%	5 22,7%	6 60,0%	7 35,0%	4 19,0%	0,561	
Sim, algumas vezes	4 44,4%	3 50,0%	15 68,2%	4 40,0%	10 50,0%	14 66,7%		
Não	2 22,2%	1 16,6%	2 9,1%	-	3 15,0%	3 14,3%		
Total	9	7	22	10	20	21		
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fonte dos dados própria. Teste utilizado: Fisher. Dados expressos em frequência absoluta e percentual.

A tabela 11 mostra que não houve predominância estatística de nenhuma SR em relação às formas de definição das ações a serem desenvolvidas no PSE.

Tabela 11: Forma de definição das ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSE, por Secretaria Regional. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	Secretaria Regional						P-valor	
	I	II	III	IV	V	VI		
Como são definidas as ações desenvolvidas no PSE								
Solicitações da SMS	5 55,6%	5 83,3%	15 68,2%	8 80,0%	14 70,0%	14 66,7%	0,884	
Solicitações da escola	1 11,1%	1 16,7%	4 18,2%	2 20,0%	3 15,0%	2 9,5%		
Diagnóstico de necessidades	1 11,1%	3 50,0%	2 9,1%	4 40,0%	5 25,0%	6 28,6%	0,167	
Interesses da equipe de saúde	3 33,3%	1 16,7%	8 36,4%	1 10,0%	3 15,0%	5 23,8		
Escolhas pessoais	2 22,2%	-	2 9,1%	2 20,0%	-	4 19,0%	0,181	
Aleatoriamente	1 11,1%	-	1 4,5%	-	3 15,0%	-		
							0,298	

Fonte: própria. Teste utilizado: Fisher. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. Item de múltipla escolha.

A tabela 12, a seguir, mostra as ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas atuantes no PSE em cada Secretaria Regional.

Tabela 12: Ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSE, por Secretaria Regional. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variável	Secretaria Regional						P-valor
	I	II	III	IV	V	VI	
Ações desenvolvidas (Componente I)							
Avaliação antropométrica	2 22,2%	4 66,7%	7 31,8%	5 50,0%	7 35,0%	16 76,2%	0,015
Atualização do calendário vacinal	1 11,1%	2 33,3%	8 36,4%	9 90,0%	3 15,0%	6 28,6%	0,001
Detecção precoce de hipertensão	- -	- -	- -	2 20,0%	- -	2 9,5%	0,097
Detecção precoce de agravos negligenciados	1 11,1%	2 33,3%	4 18,2%	8 80,0%	4 20,0%	10 47,6%	0,003
Avaliação oftalmológica	2 22,2%	5 83,3%	5 22,7%	7 70,0%	6 30,0%	13 61,9%	0,004
Avaliação auditiva	- -	- -	- -	1 10,0%	1 5,0%	1 4,8%	0,698
Avaliação nutricional	- -	2 33,3%	1 4,5%	5 50,0%	5 25,0%	5 23,8%	0,019
Avaliação da saúde bucal	8 88,9%	5 83,3%	16 72,7%	8 80,0%	15 75,0%	19 90,5%	0,713
Escovação superv. e aplicação tópica de flúor	9 100,0%	5 83,3%	21 95,5%	10 100,0%	19 95,0%	21 100,0%	0,447
Educação em saúde bucal	9 100,0%	6 100,0%	20 90,9%	10 100,0%	19 95,0%	21 100,0%	0,872
Avaliação psicossocial	- -	- -	- -	1 10,0%	1 5,0%	1 4,8%	0,698
Ações desenvolvidas (Componente II)							
Promoção da alimentação saudável	4 44,4%	4 66,7%	13 59,1%	7 70,0%	13 65,0%	14 66,7%	0,885
Promoção das práticas corporais e ativ. física	- -	2 33,3%	1 4,5%	2 20,0%	2 10,0%	2 9,5%	0,268
Educação para a saúde sexual e reprodutiva	1 11,1%	4 66,7%	4 18,2%	3 30,0%	2 10,0%	7 33,3%	0,072
Prevenção ao uso de álcool, tabaco e drogas	- -	3 50,0%	4 18,2%	2 20,0%	2 10,0%	6 28,6%	0,158
Promoção da cultura de paz e prevenção das violências	1 11,1%	2 33,3%	1 4,5%	- -	3 15,0%	2 9,5%	0,318
Promoção da saúde ambiental e desenv. Sustentável	- -	1 16,7%	1 4,5%	2 20,0%	- -	1 4,8	0,148
Prevenção de acidentes e mapeamento de risco de acidentes na escola	- -	1 16,7%	- -	- -	1 5,0%	- -	0,112
Nenhuma	4 44,4%	- -	8 36,4%	2 20,0%	5 25,0%	6 28,6%	0,499

Fonte: própria. Teste utilizado: Fisher. Dados expressos em frequência absoluta e percentual. Item de múltipla escolha. Em negrito: significância estatística.

Quanto às ações do Componente I desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSE ou com participação destes, constatou-se que a “avaliação antropométrica” é mais realizada pelos profissionais das SRs II e VI; as ações de “atualização do calendário vacinal”, “detecção precoce dos agravos negligenciados” e “avaliação nutricional” têm maior participação dos cirurgiões-dentistas da SR IV e a “avaliação oftalmológica” é realizada em maior percentual pelos profissionais das SRs II, IV e VI. A Secretaria Regional I apresentou a menor participação de cirurgiões-dentistas nas ações de áreas temáticas distintas da saúde bucal.

Nenhuma das ações do Componente II apresentou relacionamento estatisticamente significativo com as Secretarias Regionais, conforme apresentado na tabela 12.

Neste estudo, as facilidades e dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas para a condução do trabalho no PSE também foram levantadas, com os resultados tendo sido submetidos à análise de conteúdo e organizados em quatro categorias temáticas, sendo estas: “gestão”, “escola”, “profissionais de saúde” e “alunos”, conforme exposto no quadro 1.

Como principais fatores facilitadores para o trabalho do cirurgião-dentista no PSE foram citados o “apoio da direção e dos professores das escolas participantes”, a “proximidade geográfica entre escola e unidade de saúde” e o “apoio e/ou interesse da equipe de saúde”.

“Dificuldades com transporte” foram relatadas por 16 profissionais, que configura 18,2% daqueles que atuam no PSE. A maioria destes participantes relataram não haver disponível transporte para deslocamento dos profissionais até as escolas, outros, criticaram o horário inadequado da disponibilidade do veículo para este deslocamento.

Outras dificuldades apontadas com destaque foram: a “falta de insumos e/ou materiais educativos” a serem utilizados nas ações propostas pelo PSE, a “falta de capacitação das equipes de saúde” vinculadas ao programa e a “falta de apoio ou interesse das escolas”, bem como “falta de apoio dos demais profissionais da equipe de saúde”. Alguns participantes especificaram a falta de apoio da equipe de saúde relatando haver um trabalho isolado da equipe de saúde bucal nas escolas.

Quadro 1: Facilidades e dificuldades relatadas pelos cirurgiões-dentistas de Fortaleza para a condução de seu trabalho no PSE, por categoria temática (frequência absoluta de citações apresentadas entre parênteses). Fortaleza-Ceará, 2016.

Facilidades (Número de respostas: 75)	Dificuldades (Número de respostas: 80)
GESTÃO	
Turno disponível para estas atividades, regulamentado pela gestão (3)	Falta de material educativo e/ou insumos (16)
Intersetorialidade saúde/educação (2)	Dificuldades com o transporte (16)
Apoio da gestão (2)	Falta de articulação entre Saúde e Educação (7)
Fornecimento de material (2)	Falta de recursos (5)
Rotina já existente de trabalho das equipes de saúde bucal nas escolas (2)	Falta de apoio institucional (5)
	Priorização das ações curativas (3)
	Falta de acompanhamento/avaliação das ações (3)
	Falta de ações interdisciplinares (2)
	Inconstância/descontinuidade (2)
	Burocracia/desorganização da gestão (SMS/SME) (2)
	Falta de encontros para trocas de experiências (1)
	Falta de cooperação da coordenação da UAPS (1)
	Falta de planejamento da gestão (1)
	Falta de padronização das ações e cronogramas (1)
	Não funcionamento do consultório odontológico (1)
	Prazos curtos para realização das demandas solicitadas (1)
ESCOLA	
Apoio da direção da escola (21)	Falta de apoio/interesse da escola (14)
Apoio dos professores (10)	Estrutura física insatisfatória (7)
Proximidade física UAPS/escola (7)	Falta de escovódromo (5)
Boa relação com a escola (4)	Desinformação/falta de conscientização dos diretores/professores quanto ao Programa (3)
Ambiente escolar (2)	Distância física entre unidade de saúde e escola (2)
Boa estrutura física (1)	Violência na área, risco no deslocamento para a escola (1)
Escovódromo (1)	Desorganização da escola (1)
	Grade escolar "apertada" dos professores (1)
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Apoio/interesse da equipe de saúde (15)	Falta de capacitação das equipes do PSE (10)
Interesse pessoal (2)	Pouco tempo disponível para as atividades do Programa (8)
Capacitação (2)	Falta de interesse/apoio de outros profissionais da equipe de saúde (5)
Boa vontade (2)	Trabalho isolado da equipe de saúde bucal no PSE (4)
Apoio do NASF (1)	Poucos dentistas para suporte de retaguarda clínica (3)
Liberdade para planejar (1)	Falta de ASB (2)
Apoio dos acadêmicos (1)	Falta de motivação (1)
	Falta de formação em educação (1)
	Falta de profissionais do NASF (1)
ALUNOS	
Vínculo com os alunos (2)	Grande demanda de alunos dificulta acompanhamento (3)
Apoio dos pais (2)	Falta de interesse de alguns alunos (2)
Carência dos alunos (1)	Pouca adesão/colaboração dos familiares ao programa (2)
Cooperação e interesse dos alunos (1)	Problemas sociais complexos (1)
	Dificuldade na abordagem dos alunos do ensino médio (1)
	Desinteresse da comunidade e falta de responsabilização da mesma (1)
Nenhuma facilidade (3)	

Fonte: própria.

As sugestões para o aprimoramento do PSE em Fortaleza foram solicitadas a todos os 158 participantes do estudo, dos quais 94 registraram sugestões. Todas as sugestões citadas foram analisadas, organizadas em três categorias temáticas e estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Sugestões dos participantes para o aprimoramento do PSE no município de Fortaleza, por categoria temática. Fortaleza-Ceará, 2016.

Sugestões (Número de respostas: 94)	Nº de citações
PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA:	
Maior apoio da SMS/ Gestão do programa mais próxima e atuante	10
Ações resolutivas quando encontradas demandas em saúde nos escolares	7
Expansão do PSE para atingir outras escolas e/ou outras equipes de saúde	6
Repassar aos profissionais mais informações sobre o programa	5
Planejamento das ações/ Construção de cronograma anual das atividades preconizadas	5
Valorização do programa pelos gestores	4
Implantação de um instrumento de avaliação das ações	3
Acompanhamento das ações	3
Promover continuidade das ações	3
Valorização das ações coletivas	2
Repassar das solicitações às equipes em tempo hábil para desenvolvimento das atividades	2
Apoio da Secretaria Municipal de Educação (SME)	1
Reformulação das ações	1
Elaborar metas a serem alcançadas	1
Apresentar o Programa e suas vantagens aos alunos	1
Apoio da coordenação da UAPS	1
Autonomia para o dentista executar as atividades do PSE e treinar ASBs/TSBs/ACSs	1
Liberação do dentista da presença na clínica para atuar no PSE com tranquilidade e criatividade	1
Mais liberdade/ação e menos burocracia/reuniões.	1
INTERSETORIALIDADE/ INTERDISCIPLINARIEDADE:	
Fortalecer as relações locais e regionais entre saúde e educação	12
Estimular a participação de todos os profissionais da equipe de saúde	9
Inclusão/valorização/retorno/apoio do NASF	7
Planejamento intersetorial (SMS/SME)	5
Maior envolvimento dos profissionais de saúde e da escola com o programa	3
Realização de encontros entre os professores/escola e os profissionais de saúde	3
Estimular o vínculo entre todos os atores envolvidos/ estimular participação dos pais	3
Aumentar carga-horária disponível às equipes de saúde para reuniões	1
RECURSOS FÍSICOS E HUMANOS:	
Capacitação dos profissionais de saúde	26
Disponibilizar insumos/ material para as atividades de educação em saúde	13
Capacitar os profissionais da educação	4
Motivação/incentivo/valorização dos profissionais	4
Disponibilizar transporte para a equipe	4
Capacitação na área de estratégias educativas	3
Melhorar a estrutura da escola	4
Construção de escovódromo na escola	3
Contratação de profissionais para completar as equipes de saúde	3
Instalar cons. odontológico nas escolas/ Dispor de dentistas, médicos e psicólogos nas escolas	2
Maior apoio da escola, como um funcionário para ajudar nas ações	1
Incentivo financeiro aos profissionais	1
Verbas com destino exclusivo ao PSE	1

Fonte: própria

Dentre as sugestões apontadas tiveram destaque, por maior número de citações, a “capacitação dos profissionais de saúde no âmbito do PSE”, necessidade que já havia sido destacada durante a análise das dificuldades encontradas pelos participantes para atuação no programa.

O “adequado fornecimento de insumos” para o desenvolvimento de algumas das ações propostas e a “disponibilização de materiais educativos adequados para as atividades de educação em saúde” preconizadas pelo PSE também foram solicitações frequentes nas respostas dos participantes a este item.

Outra sugestão trazida em destaque foi o “fortalecimento das relações entre saúde e educação”, desde o nível municipal, através das Secretarias Municipais, passando pelas coordenações regionais até às relações locais entre escola e unidade de saúde.

Os participantes também apresentaram como sugestão um maior apoio às equipes de saúde por parte da SMS, através de uma gestão do programa mais próxima e atuante.

6 DISCUSSÃO

O cirurgião-dentista já teve sua participação no Programa Saúde na Escola (PSE) positivamente destacada no estudo de Paiva (2012), que avaliou o processo de implantação do programa em Fortaleza. Em estudo de Moretti *et al.* (2010), gestores ressaltaram o envolvimento e o posicionamento “em linha de frente” assumido pelas equipes de saúde bucal nas ações intersetoriais desenvolvidas no território, especialmente no espaço da escola. Ramos (2011), por sua vez, defende que o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em aprimoramento e que essa tendência é crescente, uma vez que as universidades vêm modificando suas diretrizes e melhorando a formação destes profissionais.

Nesse contexto, serão discutidos os principais resultados encontrados no presente estudo, que buscou descrever a atuação do cirurgião-dentista no PSE em Fortaleza.

A escassez de estudos na literatura com amostras de cirurgiões-dentistas participantes do PSE tornou relevante a realização desta pesquisa, mas, por outro lado, configurou uma dificuldade para a comparação dos seus resultados com outros estudos, que, portanto, foi realizada tomando-se por referência pesquisas envolvendo outros grupos profissionais participantes do programa ou envolvendo cirurgiões-dentistas em contextos distintos ao PSE.

6.1 Aspectos do perfil sociodemográfico e profissional

Algumas características do perfil dos cirurgiões-dentistas investigados no presente estudo se destacaram e merecem ser discutidas. Observou-se uma predominância de mulheres (75,3%) entre os participantes, fato que apresenta concordância com diversos outros estudos (COSTA *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2014), que mostram a feminização como uma tendência do trabalho na área da saúde e entre os profissionais da saúde da família (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; ESCOREL *et al.*, 2002), como também uma tendência verificada nos cursos de graduação em Odontologia. (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010).

Em relação à idade dos participantes, este estudo encontrou predominância da faixa etária de 31 a 40 anos (63,9%) e média de 41 anos, diferenciando-se dos resultados de estudos com cirurgiões-dentistas da ESF em outros municípios

brasileiros de menor porte, que apontaram médias de idade inferiores a 35 anos (COSTA *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2013). Já em estudo realizado com cirurgiões-dentistas da ESF de Florianópolis, outra capital brasileira, encontrou-se 39,2 anos de média de idade, resultado semelhante ao do presente estudo (MEURER, 2013).

O tempo médio de formação dos profissionais interrogados neste estudo, 17 anos, também se aproximou dos achados no estudo em Florianópolis (MEURER, 2013) e diferenciou-se dos resultados de estudos realizados em municípios de pequeno e médio porte em diversos estados brasileiros, onde a maioria dos profissionais desta categoria na ESF estavam formados há menos de 05 anos (MOURA *et al.*, 2013; MARTELLI *et al.*, 2010).

Já o tempo médio de atuação na ESF dos cirurgiões-dentistas participantes deste estudo, 10 anos, foi superior ao encontrado em todos os outros estudos analisados (GONÇALVES *et al.*, 2014; MEURER, 2013; MOURA *et al.*, 2013; MARTELLI *et al.*, 2010; NUNES, *et al.*, 2013), concordando com a afirmação trazida no trabalho de Mendes-Júnior (2014), de que os cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza seriam experientes no serviço.

O tempo de trabalho na ESF no município de Fortaleza também merece destaque, com a maioria dos profissionais em atividade neste município há mais de 06 anos (55,7%), contrariando, assim, a tão discutida e criticada rotatividade dos profissionais das equipes de Saúde da Família (MEDEIROS *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2013), que prejudica a longitudinalidade e continuidade da atenção e aumenta os gastos públicos com a preparação dos novos profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2014). A rotatividade de profissionais também já havia sido reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como ameaça ao desenvolvimento da proposta das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (HARADA *et al.*, 2004) e por Tusset (2012) como fator dificultador do processo de implementação do PSE.

Em oposição a essa problemática relatada na literatura, os resultados positivos relacionados ao tempo de serviço dos participantes deste estudo podem ser explicados pelo vínculo de trabalho desses cirurgiões-dentistas, todos eles ingressos no quadro de saúde deste município através de concurso público realizado no ano de 2006. Essa estabilidade profissional e o fato de o município em questão ser uma capital favorecem a permanência dos profissionais e minimizam a rotatividade,

ocasionada, em geral, pela instabilidade contratual e busca por melhores propostas de trabalho (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A predominância de profissionais com pós-graduação entre os participantes mostra uma tendência de busca pela qualificação profissional. O índice de 53,2% de cirurgiões-dentistas especialistas em Saúde da Família, Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública pode ser visto como um resultado positivo ao quadro profissional da ESF deste município, mas ainda se mostra inferior ao percentual de 64,6% encontrado no estudo de Meurer (2013) com cirurgiões-dentistas da ESF de Florianópolis.

Todos os cirurgiões-dentistas interrogados compunham equipes de saúde da família com vínculo ativo ao PSE, porém, tais vínculos parecem não estar bem explícitos a todos os envolvidos, uma vez que o estudo mostrou que 34,2% dos participantes acreditavam não haver relação de sua equipe ao programa e outros 13,9% declararam não saber informar sobre a existência do vínculo. Pode-se inferir que o alto índice de desconhecimento dos profissionais sobre o vínculo ao PSE possa ser um obstáculo para a execução e resultados do programa. Silva (2013) critica a vinculação errônea das equipes da ESF de Fortaleza a escolas que não pertencem a sua área de adscrição, ao contrário do que recomenda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa problemática detectada no ano de 2013 pode ser um fator dificultador para o reconhecimento dos vínculos por parte dos profissionais.

6.2 Capacitação

O PSE traz, em seu componente III, que o processo de formação dos gestores e equipes de saúde e de educação participantes é essencial para a implementação das ações previstas e um compromisso das três esferas de governo. Essa formação deve ocorrer ao início da vinculação ao programa e seguir de forma continuada, através de atividades de educação permanente com todos os profissionais envolvidos em relação aos vários temas objeto de ação do PSE (BRASIL, 2011a; 2015). Na mais recente reunião da Rede Latino-americana de EPS, realizada em 2014, foi recomendado o investimento na formação de recursos humanos para desenvolver competências necessárias à promoção da saúde escolar (OPAS, 2014).

Apesar das recomendações acima descritas, este estudo apontou que a maioria dos cirurgiões-dentistas vinculados ao PSE em Fortaleza (73,4%) nunca havia participado de processos de capacitação no âmbito deste programa, corroborando

com o estudo de representação nacional realizado por Ferreira *et al.* (2014) que evidenciou a pouca realização das ações de formação para atuação no PSE e com o trabalho de Almeida (2013), que detectou não haver capacitações dessa natureza para os envolvidos no PSE do município de Contagem-MG.

Segundo Paiva (2012) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza realiza atividades pontuais de formação no PSE, a partir de solicitações dos Ministérios da Saúde e Educação, o que não corresponde a processos de educação permanente de acordo com o recomendado e em atendimento a necessidades de conhecimento dos participantes.

Diante do exposto e considerando o interesse do grupo estudado em participar de capacitações no âmbito do PSE, aferido nesse estudo com média 7 (em escala de 01 a 10), ressaltamos a necessidade de realização de processos formativos dessa natureza pelo município de Fortaleza, de forma a tornar os profissionais das equipes de saúde e educação melhor preparados e sensibilizados para o desenvolvimento das atividades propostas pelo programa.

Com relação aos temas considerados importantes pelos cirurgiões-dentistas para estas capacitações, o estudo trouxe as “estratégias educativas” como conteúdo de maior destaque, tendo sido indicado por 77,8% dos participantes. Esse resultado deve ser visto como positivo, uma vez que mostra que estes profissionais percebem a importância da educação em saúde e a necessidade de aprimoramento de suas abordagens pedagógicas, contrariando a cultura comum entre alguns profissionais de saúde de que o saber clínico e a capacidade de falar coloquialmente seriam suficientes para a realização de práticas educativas, tratando como desnecessária a reflexão metodológica, o “aprender” a fazer educação em saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Em geral, os profissionais de saúde não têm a oportunidade de refletir adequadamente sobre as práticas pedagógicas em sua formação inicial, o que dificulta a utilização destas ferramentas no seu trabalho de educação em saúde, especialmente junto aos escolares (CARVALHO, 2015). A falta de preparo e confiança para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, associadas a possíveis ausências de identificação com os trabalhos em grupo e em espaços externos ao consultório odontológico são fatores que tornam a educação em saúde uma tarefa desafiante para muitos cirurgiões-dentistas da ESF (MENDES, 2014; ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006). A abordagem dessa temática nos processos formativos,

conforme indicado pelos participantes do presente estudo, poderia ser um caminho para o alcance de mudanças que levem a uma maior efetividade das práticas de educação em saúde não apenas no PSE, mas no trabalho desenvolvido na ESF por estes profissionais de forma geral.

Os outros temas destacados pelos participantes como importantes para as capacitações foram “promoção da alimentação saudável” e “prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas”. Acredita-se que estes temas tiveram destaque por terem interseção com a temática “saúde bucal”, e, portanto, despertarem interesse dos cirurgiões-dentistas.

Vale ressaltar que a “apresentação da proposta do PSE” foi outro tema selecionado por mais da metade dos participantes, o que sugere que esses profissionais desconhecem os objetivos, diretrizes do programa e talvez até mesmo seus papéis e responsabilidades no PSE. O desconhecimento dos profissionais de saúde e educação de Fortaleza acerca do PSE é fato que já havia sido relatado nos estudos de Silva (2013), Paiva (2012) e Freitas (2015). O presente estudo constatou que, mesmo após alguns anos de execução do programa neste município, o problema persiste e carece da atenção dos gestores, pois se os profissionais nem mesmo conhecem a proposta do programa, por certo não conseguirão desenvolvê-lo a contento.

6.3 Desenvolvimento das ações no PSE

O PSE está sendo desenvolvido em Fortaleza com a participação de 55,7% dos cirurgiões-dentistas a ele vinculados, mas apenas 25,3% dos profissionais interrogados neste estudo declararam atuar no programa com frequência. Existe ainda uma grande parcela de cirurgiões-dentistas (44,3%) que não participam do PSE em seu território e alguns fatores relatados na literatura podem explicar esse resultado.

O desconhecimento de alguns profissionais sobre o vínculo de sua equipe ao PSE e também sobre a proposta do programa; a ausência de processos de formação para preparar os profissionais para o trabalho no PSE e ainda a vinculação errônea de equipes a escolas localizadas fora de sua área de adscrição, como já foram anteriormente discutidos, podem comprometer a atuação dos cirurgiões-dentistas da ESF no programa. Além disso, o perfil dos profissionais, alguns com resistência em trabalhar com o público escolar (PAIVA, 2012); outros, acomodados ao trabalho

clínico no consultório e não adeptos a atividades intersetoriais, apesar de estarem inseridos na ESF (SILVA, 2013; MENDES, 2014); somados à visão do PSE como mais uma obrigação (ALMEIDA, 2013; PAIVA, 2012); às deficiências de comunicação entre gestão/escola/profissionais de saúde (ALMEIDA, 2013; FREITAS, 2015) e a grande demanda por atendimento clínico encontrada nas unidades de saúde (MENDES, 2014; HORTA *et al.*, 2009) são fatores que dificultam a inserção do PSE no cotidiano dos cirurgiões-dentistas e demais profissionais da ESF. Silva (2013) argumenta ainda que, frente ao desinteresse e descompromisso de alguns profissionais, o PSE vem sendo negligenciado e desacreditado no município de Fortaleza, desperdiçando o potencial do programa em contribuir para a organização das atividades de promoção da saúde na escola e no território como um todo.

Outro fator a ser discutido se refere ao estranhamento que, por vezes ainda causa aos usuários e, infelizmente, até a alguns gestores e outros profissionais da ESF, a saída do cirurgião-dentista do trabalho clínico para desenvolver atividades externas, como as relacionadas ao PSE, visitas domiciliares ou atividades educativas em outros espaços. Isso porque o cirurgião-dentista ainda é visto no imaginário popular como profissional que trabalha exclusivamente no consultório odontológico, prestando atendimento clínico (RAMOS, 2011). Diante dessa problemática, concordamos com Mendes (2014) ao defender que os cirurgiões-dentistas exponham seu processo de trabalho e a relevância das atividades extra-clínicas desenvolvidas, como também revejam as estratégias adotadas em suas práticas de forma a agregar a participação dos usuários, para que, dessa forma, as ações de promoção de saúde realizadas por estes tenham sua importância reconhecida por todos.

Nesse contexto, vale o destaque para a iniciativa da coordenação municipal de saúde bucal do município de Fortaleza ao promover Mostras de Saúde Bucal para troca de experiências entre os cirurgiões-dentistas da ESF deste município, publicação do Manual de Promoção de Saúde Bucal do Município de Fortaleza (ALMEIDA *et al.*, 2015), com objetivo de auxiliar estes profissionais no desenvolvimento de ações de promoção de saúde na ESF, e ainda, recomendação de utilização de um turno de trabalho semanal do cirurgião-dentista da ESF para o desenvolvimento de ações coletivas de educação em saúde, prevenção às doenças bucais e promoção da saúde. Essas iniciativas estimulam a organização de equipes de saúde bucal mais atuantes e integradas às ações de promoção da saúde no âmbito da ESF neste município.

Também foi detectado neste estudo que 30,4% dos participantes atuam no PSE em algumas ocasiões, não sendo atividade frequente. É possível que estes cirurgiões-dentistas, assim como os enfermeiros investigados no trabalho de Silva (2013), atuem no programa apenas durante a Semana da Saúde na Escola, quando o Ministério da Saúde recomenda um trabalho mais intensivo das equipes de saúde junto às escolas.

O trabalho interdisciplinar do PSE leva os profissionais de saúde a transitar por outros espaços e modificar sua rotina de trabalho, o que pode gerar uma desordem que pode parecer prejudicial, porém, segundo Morin (1991, *apud* ALMEIDA, 2013), as incertezas dos processos e atitudes são essenciais para a ocorrência de mudanças, já que esse processo traz um revigoramento nas condutas.

Ainda analisando o percentual de participação dos cirurgiões-dentistas no PSE, foi investigado se haveria associação entre a formação destes profissionais em áreas como Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública e a existência de atuação no PSE. O estudo de Gonçalves e Ramos (2010) detectou que a força de trabalho e comprometimento do cirurgião-dentista com a ESF se formam na pós-graduação na área de Saúde Pública ou similares e o trabalho de Pinto, Menezes e Villa (2010) destacou que esse tipo de formação é um facilitador para o desenvolvimento das ações dos profissionais que trabalham na ESF.

Por conta dessa tendência, supunha-se que os participantes do presente estudo com formação nessas áreas estariam mais sensibilizados e inclinados aos trabalhos de promoção da saúde no território e, portanto, seriam mais atuantes no PSE, hipótese que foi negada pela análise estatística dos resultados. Santos (2016, p.79), porém, ressalta que “não se pode subestimar o valor dessa formação”, apesar de também não haver encontrado associação estatística entre este tipo de qualificação e o cumprimento das atribuições específicas recomendadas pela PNAB em seu estudo com profissionais da ESF de Caucaia-CE.

Quanto ao desenvolvimento das ações do PSE, 75% dos cirurgiões-dentistas participantes deste estudo e atuantes no programa contam com o apoio de ASB/TSB, 51% realizam as atividades com a participação do enfermeiro da equipe, 42% com o auxílio dos ACSs e apenas 9,1% afirmaram contar com a colaboração do médico da equipe nas ações na escola. A predominante participação de ASBs e TSBs já era esperada por se tratar de membros da equipe de saúde bucal (ESB) e trabalharem em conjunto com os cirurgiões-dentistas. A literatura mostra que, em muitos casos, o

planejamento e execução das atividades com escolares são realizados isoladamente pelas equipes de saúde bucal, sem participação dos outros membros da ESF, por conta da histórica inserção destes profissionais na escola (Moretti *et al.*, 2010), por dificuldade da ESB em trabalhar integrada à ESF (SOUZA; RONCALLI, 2007), por incompatibilidade de agendas, ou, até mesmo, devido a dificuldades de entrosamento entre os profissionais que a compõem (MENDES, 2014).

O apoio dos enfermeiros e ACSs também tiveram destaque no estudo e reiteram a importância e o protagonismo destes profissionais nos processos de trabalho da ESF. A tímida participação dos médicos nas ações do PSE detectada neste estudo confirma o que já havia sido apresentado por outros autores. Apesar da previsão de atribuições destinadas a todos os profissionais da equipe de saúde constante nas diretrizes do PSE, ainda se observa uma posição verticalizada do profissional médico frente aos demais e a sua ausência em ações desenvolvidas no espaço escolar (ALMEIDA, 2013). Ao não participar das ações de promoção de saúde o território, talvez por não estarem familiarizados com tais práticas, este profissional não colabora para a mudança do modelo assistencial hegemônico de saúde ainda presente (LIMA *et al.*, 2012). Para Paiva (2012), enfermeiros e cirurgiões-dentistas, em geral, já consideram o PSE na rotina de atividades no território, restando como grande desafio a incorporação do profissional médico a este trabalho, já que sua ausência traz prejuízos especialmente no seguimento das ações do componente I do programa.

Porém, é importante considerar que algumas equipes de saúde do município apresentam-se incompletas, com carência do profissional médico (FREITAS, 2015), o que também pode ter contribuído para o pequeno percentual de participação desta categoria no PSE, conforme indicado pelos cirurgiões-dentistas questionados.

A participação do NASF junto aos cirurgiões-dentistas no PSE foi relatada por apenas 11,4% dos participantes atuantes no programa. Essa discreta participação contraria o que havia sido retratado em estudos de poucos anos atrás, onde o NASF era destacado como grande parceiro nas ações do PSE neste município (PAIVA, 2012; SILVA, 2013). Tal desacordo pode ser explicado pelo fato de ter havido uma acentuada redução no quadro de profissionais do NASF nos últimos anos em Fortaleza e instabilidade contratual destes com o município, pela ausência de concurso público para estes cargos, que vem gerando notável desmotivação e rotatividade desses profissionais.

No PSE, os profissionais devem atuar em ações que valorizem a participação conjunta da equipe multiprofissional de saúde. Vale reforçar que a equipe de Saúde da Família é corresponsável pelo PSE e, inclusive, estarem completas foi um dos critérios de escolha para seleção das primeiras equipes a serem vinculadas ao programa em Fortaleza. Portanto, as ações não devem ser executadas e planejadas de forma isolada por apenas um profissional de referência, como constatado em alguns estudos anteriores realizados em Fortaleza (PAIVA, 2012; SILVA, 2013).

Na ESF a atuação multiprofissional é essencial e quando ela não ocorre, as ações são oferecidas aos usuários de forma fragmentada e o cuidado longitudinal não acontece ou fica na responsabilidade de poucos profissionais (BARATIERI; MARCON, 2012). Quando não há envolvimento de toda a equipe, ocorre uma sobrecarga para aqueles que assumem as funções do PSE em paralelo as demais atribuições da ESF, gerando descontinuidade e falta de resolutividade das demandas geradas (ALMEIDA, 2013).

Por estar sendo discutido um programa que se propõe a ter a intersetorialidade como essência, a participação dos professores nas ações do PSE (18,2%), segundo informado pelos cirurgiões-dentistas, pode ser considerada insatisfatória. O professor é apontado por diversos autores como importante agente de saúde escolar, enquanto formador e disseminador de hábitos e atitudes, bem como articulador do trabalho intersetorial (SILVA *et al.*, 2011; GARBIN *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2014). Porém, a não participação dos professores nas ações do PSE é muitas vezes justificada pela sobrecarga de atividades pedagógicas (ALMEIDA, 2013); despreparo para abordar os temas transversais e insegurança em trabalhar temáticas de saúde (MAINARDI, 2010); ou pela visão de que a execução do PSE é de responsabilidade exclusiva do setor saúde (PAIVA, 2012).

A maior aproximação, facilidade de comunicação com os alunos e envolvimento com a realidade social da comunidade, tornam o professor uma figura importante para a sustentabilidade das ações e projetos junto aos escolares e suas famílias. Em estudo que avaliou projetos desenvolvidos no Rio de Janeiro com comunidades escolares, Silva (2010) constatou que aqueles elaborados e desenvolvidos por professores alcançavam maior mobilização da comunidade do que os projetos de iniciativa dos profissionais de saúde. Em outro estudo, observou-se um aumento do envolvimento dos adolescentes, com maior efetividade das ações educativas em saúde bucal, quando o planejamento das mesmas era feito em

conjunto com os professores e os temas trabalhados em todas as disciplinas (TURRIONI *et al.*, 2012).

Portanto, é necessária uma maior integração das equipes de saúde com a equipe de professores para otimizar as ações propostas pelo PSE. As questões de saúde não podem passar despercebidas pelos educadores, “como se apenas os profissionais da saúde soubessem e pudessem dar conta de lidar com elas, desconsiderando as possibilidades de práticas integradas e intersetoriais” (SANTOS; BOGUS, 2007, p.125).

Quanto à definição das ações a serem desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas atuantes no PSE em Fortaleza, o presente estudo mostrou que ela acontece, prioritariamente, a partir das solicitações da SMS, resultado que se aproxima ao descrito por Silva (2013) que, em estudo sobre a atuação de enfermeiros na prevenção de DSTs/AIDS no PSE em Fortaleza, constatou que as ações apenas eram realizadas quando os profissionais recebiam algum tipo de cobrança da gestão.

As publicações do Ministério da Saúde recomendam que o planejamento das ações do PSE deve ser realizado a partir de um diagnóstico local, com levantamento de necessidades e participação de toda a comunidade escolar, idealmente (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, Tusset (2012) faz uma crítica ao discutir que essas publicações orientam para tal diagnóstico, mas não apresentam metodologias ou materiais que possam guiar os profissionais nesse trabalho.

Portanto, quando acontece, esse diagnóstico de necessidades dos escolares é realizado de forma particular em cada território, como na ação desenvolvida e relatada por Santiago *et al.* (2012) com escolares adolescentes, que participaram da escolha dos temas a serem abordados nas oficinas desenvolvidas no âmbito do PSE, considerando que uma aprendizagem significativa está relacionada às necessidades e vivências do público-alvo.

O diagnóstico de necessidades como método de definição das ações é utilizado por 23,9% dos cirurgiões-dentistas de Fortaleza que atuam no PSE, segundo levantado pelo presente estudo. Quando esse mesmo questionamento foi feito a gestores locais do PSE em 10 importantes municípios brasileiros, em pesquisa de Ferreira e colaboradores (2014), 90% dos interrogados afirmaram realizar levantamento das necessidades do território para as ações do PSE.

O diagnóstico local, ainda que não haja uma sistematização de como fazê-lo, pode ser um facilitador para os profissionais envolvidos no programa, apontando as

necessidades e fragilidades da comunidade escolar, com isso, auxiliando na definição das ações, frente a tantas possibilidades de atuação que o PSE traz.

O PSE não recomenda ações específicas com as famílias dos escolares, mas sugere o envolvimento familiar como potencializador do trabalho desenvolvido. Na família se incorporam normas, valores e formas de relacionamento; resgatar esse papel no desenvolvimento das crianças e adolescentes se faz importante, uma vez que “[...] a sociedade transferiu ao Estado toda e qualquer responsabilidade sobre as demandas sociais” (GOMES; HORTA, 2010, p.497).

A maioria dos investigados atuantes no PSE declarou não realizar atividades com os pais dos escolares (64,8%). A falta de participação das famílias em ações do PSE pode ocorrer pela ausência de iniciativas que promovam essa inclusão ou, de acordo com Tusset (2012), pela dificuldade em se conseguir a presença dos pais nas atividades escolares, sejam elas relacionadas a assuntos próprios do contexto escolar ou a questões ligadas ao PSE. Outro obstáculo que pode ser aqui pontuado é a resistência da comunidade em aceitar ações de promoção e prevenção em saúde, preferindo ainda o tratamento curativo (RAMOS, 2011).

A educação em saúde tem sua importância para a promoção da saúde já reconhecida e consolidada na literatura. Em Fortaleza, ações dessa natureza junto aos escolares estão sendo realizadas por quase todos os cirurgiões-dentistas que atuam no PSE (96,6%), o que é um resultado satisfatório para o município ao considerarmos que em outros locais há realidades diferentes, como apresentado em estudo de Araújo e Dimenstein (2006) com cirurgiões-dentistas de municípios do Rio Grande do Norte, que, em sua maioria, não realizavam atividades de educação em saúde alegando o fato de não saberem como realizá-las.

As práticas educativas precisam ser reconhecidas pelos profissionais que desenvolvem as ações de educação em saúde e Rozemberg (2006) traz a importância de se conhecer todos os meios e formatos em que os conteúdos podem ser compartilhados, destacando a necessidade de adequação entre o meio escolhido, o conteúdo, os objetivos e o público do trabalho educativo, incluindo as aptidões e inclinações do grupo.

O Ministério da Saúde incentiva o uso de abordagens pedagógicas que favoreçam a participação de todos os envolvidos nas ações educativas do PSE, a fim de que os estudantes se tornem protagonistas do processo de produção da própria saúde (BRASIL, 2011a) e recomenda o apoio dos professores aos profissionais de

saúde no sentido de que estes sejam orientados por aqueles sobre o uso das ferramentas educacionais que podem ser incorporadas ao seu trabalho de educação em saúde nas escolas (BRASIL, 2009a).

Porém, o que se observa é que as palestras configuram a principal estratégia utilizada pelos profissionais de saúde para a realização das ações educativas, como foi identificado no presente estudo e em trabalhos de diversos outros autores (MENDES, 2014; SILVA, 2013; TUSSET, 2012). Esse resultado pode ser justificado pelo tempo médio de formação dos cirurgiões-dentistas investigados (17 anos), o que mostra que estes profissionais receberam formação baseada em modelos curriculares ultrapassados.

Para que as ações de educação em saúde despertem motivação e interesse nos escolares e produzam os resultados desejados, devem ser utilizados métodos apropriados e compatíveis com o público. Para as crianças, alguns métodos, como as populares palestras, podem ser tediosos e desestimulantes, por isso, são sugeridos alguns recursos mais eficazes e atraentes para esse público, como gibis, com ilustrações divertidas e conteúdo simples (GARCIA *et al.*, 2009); jogos, estimulando a compreensão dos assuntos de forma prazerosa (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010) e jogos digitais (DOTTA; CAMPOS; GARCIA, 2012).

Outros métodos participativos defendidos, para uso especialmente com o público adolescente, são a dramatização, com a representação e reflexão sobre ideias e comportamentos da vida diária (RAMPASO *et al.*, 2011) e a roda de conversa, que possibilita um diálogo com participação de todos os envolvidos, aproximando-se da Educação Popular (MENDES, 2014). A roda de conversa apresentou-se como segunda estratégia educativa mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas atuantes no PSE neste estudo (49,4%), ficando atrás apenas da palestra.

É importante a valorização das tecnologias leves (conversa, escuta, acolhimento, mediação) nos processos de educação em saúde, fortalecendo a autonomia dos indivíduos a partir da troca e apoio mútuos, construindo coletivamente o cuidado (MENDES, 2014).

Quando se analisam as estratégias educativas escolhidas pelos participantes deste estudo como as que gostariam de utilizar, destaca-se o interesse manifestado em utilizar metodologias mais participativas, passo importante na superação das tradicionais ações de mero repasse de informações e na busca do empoderamento dos indivíduos. As estratégias de maior interesse dos cirurgiões-dentistas, segundo o

estudo, foram os jogos, a gincana e a intervenção na comunidade, o que demonstra o desejo destes em trabalhar o lúdico nas ações junto aos escolares, ao optarem pelos jogos e gincana; e a compreensão quanto à importância de conhecimento da realidade local e envolvimento da comunidade para se obter os resultados desejados nas ações de educação em saúde, ao optarem pela intervenção na comunidade.

É possível que as estratégias educativas acima citadas, assim como as outras estratégias participativas de interesse indicadas em menor percentual, não estejam sendo utilizadas devido à inexperiência e falta de domínio por parte dos profissionais, considerando o fato de a temática “estratégias educativas” ter sido indicada pelos participantes como a mais importante a ser abordada em processos de capacitação, conforme já discutido anteriormente. Outra dificuldade encontrada para a utilização de algumas das estratégias apresentadas pode estar relacionada à disponibilização de recursos necessários, como materiais pré-elaborados ou materiais necessários à confecção de instrumentos educativos, que deveriam ser disponibilizados aos profissionais, como foi apontado em publicação de MENDES (2014).

Ainda nesse contexto, é importante destacar que há publicações do Ministério da Saúde, como o Guia de sugestões de atividades: Semana Saúde na Escola (BRASIL, 2013e), que trazem sugestões de atividades a serem desenvolvidas de acordo com a temática a ser desenvolvida e nível de escolaridade do público, com descrição detalhada das atividades e indicação de materiais de apoio. Essas publicações podem auxiliar no planejamento e desenvolvimento de atividades mais participativas no âmbito do PSE, contudo, questiona-se se os profissionais envolvidos no programa têm conhecimento e acesso a este tipo de material.

As demandas assistenciais e clínicas identificadas nos escolares beneficiados pelo PSE devem ser encaminhadas para os profissionais e unidades de saúde de referência (BRASIL, 2011a). Porém, esse fluxo não é tão simples, já que a territorialização da saúde não corresponde ao cadastramento escolar; com isso, os estudantes acompanhados na escola por uma equipe de saúde nem sempre podem ser referenciados para a unidade de saúde desta equipe, o que dificulta a criação de um fluxo de referência padrão. Mesmo com essa conhecida dificuldade, os cirurgiões-dentistas que atuam no PSE em Fortaleza, em sua maioria (87,5%), afirmaram que realizam atendimento clínico ou encaminham para a unidade de saúde referência os escolares com necessidades de cuidado identificadas na escola, sendo que 30,7% destes profissionais o fazem com frequência e 56,8%, apenas em alguns casos. Isso

mostra como o PSE, além de contribuir para a prevenção às doenças bucais, pode ser um facilitador para o acesso de crianças e adolescentes à clínica odontológica, especialmente nos casos de maior gravidade que, quando identificados pela equipe de saúde durante as ações na escola, podem ser rapidamente solucionados pela equipe de saúde bucal, por meio do agendamento para atendimento clínico ou encaminhamento para unidade de referência.

Quanto às ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas que atuam no PSE em Fortaleza, constatou-se, como era esperado, predominância das ações relativas à saúde bucal, com quase totalidade dos profissionais (96,6%) realizando as ações de escovação dentária supervisionada e aplicação tópica de flúor, bem como as ações de educação em saúde bucal. A ação de avaliação em saúde bucal apresentou um percentual um pouco inferior, sendo realizada por 80,7% dos respondentes.

No presente estudo foi constatado que, além de suas atribuições próprias, os cirurgiões-dentistas atuantes no PSE em Fortaleza desenvolvem ou participam do desenvolvimento de diversas outras ações elencadas no programa, especialmente as pertencentes ao Componente I- Avaliação clínica e psicossocial. A “avaliação antropométrica”, “avaliação oftalmológica”, “detecção precoce de agravos negligenciados” e “atualização do calendário vacinal” são as ações do Componente I que contam com maior participação dos cirurgiões-dentistas em Fortaleza. Todas as ações acima citadas, à exceção da “detecção precoce de agravos negligenciados”, são classificadas como essenciais para os níveis de ensino contemplados no estudo, o que favorece a sua priorização por parte dos profissionais. Além disso, essas quatro ações de áreas não relacionadas à odontologia são exatamente as mais cobradas pela gestão municipal do programa, com campanhas anuais e acompanhamento dos resultados para alcance das metas pactuadas pelo município. Em geral, as campanhas são iniciadas por ocasião da Semana da Saúde na Escola e mobilizam vários profissionais da unidade de saúde em regime de mutirão para se conseguir avaliar todos os escolares em tempo hábil, como já relatado no estudo de Almeida (2013).

Para o trabalho de promoção de saúde é necessário que os profissionais da equipe de saúde tenham visão sobre os problemas que afetam a saúde da comunidade, e esse conhecimento é adquirido quando há maior envolvimento entre os vários atores que compõem as equipes (MENDES, 2014). A participação do cirurgião-dentista em atividades como essas, que envolvem temáticas mais alheias à

saúde bucal, é, sem dúvida, importante para o crescimento individual enquanto profissional de saúde, ampliando sua visão sobre a promoção e o cuidado em saúde, como também é substancial para a consolidação da categoria na ESF.

Entre as ações do Componente II-Promoção e prevenção à saúde, apenas a “promoção da alimentação saudável” teve destaque nos resultados deste estudo, sendo desenvolvida por 62,5% dos cirurgiões-dentistas atuantes no PSE em Fortaleza. Talvez esse resultado possa ser explicado pela proximidade do tema ‘alimentação saudável’ com a saúde bucal, por conta da etiologia da cárie, fazendo com que esse tema seja, de certa forma, naturalmente abordado pelos cirurgiões-dentistas em suas atividades educativas em saúde bucal.

As importantes ações de “prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas” e “promoção da cultura de paz” foram indicadas por pequeno número de cirurgiões-dentistas no item relativo às ações já desenvolvidas no PSE. Essas temáticas também não tiveram expressão entre os atores participantes do PSE em Contagem-MG, fato justificado pela necessidade sentida por estes de parceria com outros setores e equipamentos sociais para o desenvolvimento destas ações, em virtude da complexidade do tema (ALMEIDA, 2013).

Durante análise por associação de algumas variáveis em estudo quanto à Secretaria Regional (SR), foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no conhecimento sobre o vínculo ao PSE e na atuação dos cirurgiões-dentistas no PSE. A SR V, seguida pela SR III, apresentaram os maiores percentuais de profissionais cientes do vínculo ao PSE e atuantes no PSE, enquanto na SR II, ao contrário, a maior parte dos cirurgiões-dentistas declarou não atuar no PSE.

Ao se observar as ações desenvolvidas em cada SR, não há diferenças estatísticas em relação às ações do Componente II nas Secretarias Regionais. Já em relação às ações do Componente I, constata-se maior participação dos cirurgiões-dentistas da SR IV em ações com temáticas distintas da saúde bucal, enquanto os profissionais das SR III e V, apesar de atuarem em maior número no PSE, não se destacam nas ações afora as relacionadas à saúde bucal e a SR I tem o menor percentual de cirurgiões-dentistas envolvidos neste tipo de ação.

O presente estudo não se propôs a investigar os fatores que geram as diferenças encontradas nas Secretarias Regionais do município no que diz respeito à condução das ações do PSE, porém, acredita-se que essas diferenças apresentadas

no estudo tenham influência dos técnicos regionais do PSE, de como organizam e acompanham o programa em cada SR.

6.4 Facilidades, dificuldades e sugestões

Ao final do instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo, os participantes foram questionados sobre as facilidades e dificuldades que identificavam na condução dos trabalhos junto ao PSE.

Em relação às facilidades descritas, o “apoio/interesse da equipe de saúde” foi citado com frequência pelos participantes, tendo sido mencionado também, embora com menor destaque, o “interesse pessoal”. Estes resultados reforçam a ideia exposta no trabalho de Paiva (2012) de que existe uma identificação pessoal com o programa por parte de alguns profissionais da saúde e da educação do município de Fortaleza, que se colocam disponíveis para a realização das ações propostas. Segundo a autora, esse interesse pessoal de alguns profissionais é percebido principalmente nos territórios em que o programa se desenvolve satisfatoriamente e incorpora novas práticas de cuidado e promoção da saúde. Nesse contexto, o comprometimento e a parceria profissional também foram citados como fatores facilitadores para o trabalho no PSE em pesquisa realizada no Distrito Federal (TUSSET, 2012).

Contudo, a facilidade mais destacada pelos participantes foi o “apoio da direção da escola”. O “apoio dos professores” e a “boa relação com a escola” se inserem nesse contexto e também foram citados por vários profissionais, confirmando os achados do estudo de Freitas (2015), que avaliou o desenvolvimento do PSE na SR V de Fortaleza.

O PSE tem como pilar de sustentação a intersetorialidade, necessitando da parceria UAPS/escola para implementação das ações propostas. Alguns autores destacam que as ações do PSE respondem a necessidades já sentidas pelas escolas, o que as torna receptivas em relação ao programa (PAIVA, 2012) e que os professores reconhecem a importância da parceria saúde-educação (GOMES; HORTA, 2010; PAIVA, 2012). Essa parceria precisa representar um espaço de negociação e solidariedade no enfrentamento das divergências e conflitos internos de cada setor (SILVA, 2010).

Outro ponto lembrado nesse item foi a proximidade física entre UAPS e escola, que também havia sido observado por Papoula (2006) como facilitador do processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família.

Apesar das facilidades acima discutidas, ainda são claramente percebidas dificuldades das equipes de saúde em relação à atuação no PSE. A seguir serão comentados os fatores dificultadores apontados pelos cirurgiões-dentistas investigados neste estudo.

As dificuldades citadas com maior frequência foram a “falta de material educativo e/ou insumos” e a “dificuldade com transporte”, ambas relacionadas ao suporte que deve ser oferecido pela gestão aos profissionais para o desenvolvimento das ações do programa.

A carência de recursos materiais, especialmente para as ações educativas no PSE, também foi revelada por estudos realizados no município de Fortaleza com outros atores envolvidos com o programa (SILVA, 2013; PAIVA, 2012). Porém, esta dificuldade não é apenas local, já que trabalhos realizados em outros municípios também identificaram a falta de material de apoio como entrave para as ações do PSE (ALMEIDA, 2013; TUSSET, 2012). E mais, essa questão é levantada como limitante para o trabalho de educação em saúde pelos cirurgiões-dentistas de uma forma geral, independente estarem inseridos ou não no PSE (MENDES, 2014). Nesse contexto, vale mencionar um importante material de apoio que teve distribuição iniciada por ocasião da implantação do PSE e hoje não é mais disponibilizado, a Caderneta do Adolescente, rico material didático que abordava temas relacionados à sexualidade, direitos e deveres do adolescente, saúde bucal, vacinação e outros, utilizado em ações educativas com adolescentes na escola ou até mesmo no atendimento individual.

A dificuldade com o transporte para deslocamento dos profissionais de saúde para a realização das atividades de promoção de saúde nas escolas tem sido uma problemática recorrente na literatura (FREITAS, 2015; SILVA, 2013; BARATIERI; MARCON, 2012). A SMS deve disponibilizar o transporte dos profissionais quando necessitam se deslocar para a realização de atividades que não ocorram nas unidades de saúde. Esse é um recurso importante na manutenção do contato entre equipe de saúde e usuários (BARATIERI; MARCON, 2012), contudo, vários participantes do presente estudo relataram não haver veículo disponível para

transportá-los às escolas e outros, criticaram o horário inadequado oferecido para este deslocamento.

Ainda relacionados à gestão do programa no município, foram mencionadas com frequência pelos cirurgiões-dentistas outros fatores que dificultavam seu trabalho junto ao PSE: “falta de articulação entre Saúde e Educação”, “falta de apoio institucional”, “falta de recursos”, “priorização das ações curativas” e “falta de acompanhamento/avaliação das ações”.

A falta de articulação entre Saúde e Educação gera discussões há tempos. A comunicação deficiente entre os dois setores tanto a nível municipal, quanto regional e local, nas relações entre unidade de saúde e escola, resulta na fragmentação das atividades previstas pelo PSE ou, mais grave ainda, na ausência destas (SILVA, 2013). Os setores têm dificuldades em articular os saberes para a execução da prática intersetorial, apesar de compreenderem a importância da parceria para consolidação do programa (ALMEIDA, 2013, p.133). De acordo com falas de profissionais da educação coletadas em estudo de Paiva (2012, p.112), muitas vezes o setor saúde tem uma postura autoritária, impondo à escola “o que veio fazer; como vai fazer; e, quando vai fazer”, ignorando a comunicação e o planejamento intersetorial. Portanto, para o bom funcionamento do programa, é necessário que se busque o diálogo, o fortalecimento de vínculos e a articulação de saberes e experiências entre os profissionais da saúde e os da educação.

Outra questão relevante a ser discutida diz respeito à falta de apoio institucional e falta de acompanhamento das ações do PSE por parte da gestão, identificados como dificuldades enfrentadas segundo os participantes deste estudo. Alguns autores que já avaliaram aspectos do PSE associaram a desorganização, muitas vezes observada, à falta de envolvimento dos gestores da saúde (TUSSET, 2012), ao despreparo dos técnicos regionais do programa (PAIVA, 2012) e à carência de apoio e suporte por parte da gestão aos profissionais executores (SILVA, 2013).

Para o sucesso de um programa, os que assumem o papel de coordená-lo devem conhecê-lo e, efetivamente, apropriar-se dele. Porém, no município de Fortaleza, o despreparo de alguns técnicos, rotatividade de profissionais nesses cargos e ausência de comunicação efetiva e constante com as equipes de saúde fragilizam e comprometem a execução do programa (SILVA, 2013; PAIVA, 2012). Silva (2013) também expõe o não desenvolvimento dos processos de monitoramento e avaliação das atividades e a não definição de objetivos e metas pela gestão

municipal e regional do programa em Fortaleza. Por outro lado, Almeida (2013) argumenta que os profissionais “da ponta” não compreendem seu papel como gestores locais e passam a transferir suas responsabilidades e a depender da iniciativa da gestão regional ou central para o desenvolvimento das ações.

A priorização das ações curativas, com cobrança por número de procedimentos de natureza assistencialista, pode estar relacionada, de acordo com Tusset (2012), à falta de envolvimento dos profissionais de saúde com as atividades do PSE, já que os indicadores quantitativos não serão capazes de expressar a dimensão do engajamento do profissional nas intervenções com os escolares e o desfecho dessa aproximação.

As principais dificuldades levantadas por este estudo e classificadas na categoria temática “profissionais de saúde” foram: “falta de capacitação das equipes do PSE”, “pouco tempo disponível para o programa”, “falta de interesse/apoio de outros profissionais da equipe de saúde”, “trabalho isolado da equipe de saúde bucal no PSE” e “poucos dentistas para suporte de retaguarda clínica”.

A falta ou insuficiência de capacitação permanente dos profissionais envolvidos também foi relatada por outros autores como barreira para a não efetivação das ações do PSE (FREITAS, 2015; SILVA, 2013) e discutida anteriormente nesta seção.

A questão da falta de tempo disponível pelos profissionais para as atividades do PSE está relacionada à sobrecarga de trabalho, devido ao grande número de famílias a serem atendidas e diversidade de atividades a serem desenvolvidas na ESF, o que compromete a qualidade do trabalho das equipes, conciliação das agendas e a disponibilidade de tempo para trabalhar a promoção da saúde (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; ALMEIDA, 2013; TUSSET, 2012).

Um fator importante a esse contexto foi destacado por Freitas (2015), o acolhimento familiar, que no ano de 2013 passou a ser adotado como metodologia de trabalho para atenção à demanda espontânea nas UAPS de Fortaleza. De acordo com o autor, com a implantação do acolhimento, as equipes de saúde passaram a não conseguir tempo para planejar e desenvolver atividades nas escolas, especialmente nas unidades com menor número de equipes onde o novo método de trabalho trouxe mais impacto à rotina dos profissionais. Portanto, acredita-se que a atual organização do trabalho das equipes de Saúde da Família em Fortaleza possa ser um entrave ao planejamento de ações interdisciplinares e ao envolvimento de

todos os membros da equipe nas ações junto aos escolares, o que pode gerar uma carência de apoio e um trabalho isolado da equipe de saúde bucal no PSE, mas não uma justificativa para a não atuação no programa pelos cirurgiões-dentistas, pois, como já discutido anteriormente, esta categoria tem assegurada, pela gestão municipal, carga-horária semanal para o desenvolvimento de ações extra-clínicas de promoção da saúde, o que, vale lembrar, foi apontado por alguns participantes como facilitador ao seu trabalho junto ao PSE.

O fato de alguns profissionais de saúde não apresentarem perfil para atuar na ESF também compromete o interesse e envolvimento de todos os membros da equipe no programa (PAIVA, 2012). A motivação dos profissionais para a realização das atividades de promoção de saúde também deve ser considerada, já que se percebe certa desmotivação em alguns profissionais da ESF para a realização de atividades de educação em saúde, fazendo com que as pratiquem de forma automatizada e descontextualizada (MENDES, 2014). Estes profissionais precisam ser despertados quanto à importância dessas práticas para o seu trabalho na ESF para que, então, sintam interesse e vontade de desenvolvê-las.

Embora vários participantes tenham destacado o apoio da direção da escola e dos professores como facilidades encontradas para a atuação no PSE, alguns, ainda que em menor número, percebem a falta de apoio/interesse da escola como barreira a este trabalho. Em geral, observa-se um maior envolvimento de profissionais da saúde na condução do programa (DIAS *et al.*, 2014) e essa concentração da responsabilização pode ser explicada pela natureza da atividade, fundamentada nas questões de saúde, e pela ausência de atribuições claras destinadas aos atores do setor escola nas diretrizes do PSE, o que faz com que a escola permaneça à margem do processo, sendo apenas um espaço para ação e não um espaço de prática intersetorial (ALMEIDA, 2013). Estudos de Gomes (2012) e Freitas (2015) indicaram que os profissionais do setor educação ainda consideram que o PSE é de competência exclusiva do setor saúde, o que mostra a desinformação e falta de conscientização da escola quanto ao programa, como apontado pelos participantes do presente estudo como dificuldade encontrada para o trabalho junto ao PSE.

Outro obstáculo mencionado pelos cirurgiões-dentistas investigados se refere à estrutura física insatisfatória das escolas para a realização das ações do PSE, destacando-se também a ausência de escovódromos. Para a execução das atividades de avaliação clínica e para as atividades educativas em grupos é necessário a

disponibilização espaços adequados, com luminosidade, higiene, conforto e ausência de ruídos, porém, muitas vezes, as ações do PSE são realizadas em espaços improvisados e inadequados, o que desmotiva os envolvidos e pode comprometer a efetividade das ações. O escovódromo facilita o trabalho de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, trazendo praticidade, conforto e agilidade à execução dessas ações. A falta de espaço físico adequado nas escolas para as ações de saúde também vem sendo retratada em outros estudos (MENDES, 2014; SILVA, 2013; FREITAS, 2015).

Os respondentes desta pesquisa também registraram sugestões para o aprimoramento do PSE em Fortaleza. Destas, a mais citada foi a “capacitação dos profissionais de saúde”, confirmando a necessidade sentida pelos profissionais envolvidos por processos de formação que os prepare e lhes ofereça segurança para atuação no programa, como já foi discutido anteriormente neste trabalho. A “capacitação dos profissionais da educação” também foi citada como sugestão por alguns participantes, embora em menor frequência. O processo de formação dos gestores e das equipes de saúde e de educação que atuam no PSE é apresentado como um de seus componentes (BRASIL, 2015a) e amplamente defendido na literatura (FERREIRA *et al.*, 2014; MACHADO *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2014). Nessa formação, recomenda-se que haja momentos formais de capacitação e momentos de integração dos grupos de trabalho intersetoriais (GTIs) e das equipes de saúde e educação (BRASIL, 2013c).

A integração entre os setores a partir da formação também foi levantada pelos cirurgiões-dentistas ao sugerirem a “realização de encontros entre os professores e profissionais de saúde” para troca de experiências e discussão sobre o programa. De acordo com Gonçalves *et al.* (2008) a troca de experiências favorece a implementação de trabalhos relacionados com o tema saúde por parte dos educadores e a assimilação de elementos mais pedagógicos e adequados pelos profissionais de saúde.

Paiva (2012) defende a criação de ferramentas de diálogo para a superação da dificuldade de comunicação entre os setores, tais como espaços de circulação de informação sobre os temas saúde e educação; espaços que favoreçam a troca de experiências exitosas e agendas periódicas para planejamento e avaliação do PSE.

A necessidade desse “planejamento intersetorial” e da “construção de um cronograma anual das atividades” também foram lembradas pelos participantes ao

registrarem suas sugestões neste estudo, confirmando as recomendações dos estudos de Silva (2013) e Paiva (2012) por um planejamento conjunto anual das ações a serem executadas junto aos escolares.

Os participantes deste estudo também apresentaram como sugestão para o aprimoramento do PSE a “disponibilização de materiais para o desenvolvimento das atividades”, especialmente para as educativas, questão que já havia sido colocada pelos mesmos ao tratarem sobre as dificuldades encontradas. A disponibilização de tecnologias educativas que dinamizem e facilitem o processo educativo e a aplicação de estratégias educativas que vão além das meras palestras vêm sendo discutidas como formas de aprimoramento do trabalho no PSE (SILVA JÚNIOR, 2014; SANTIAGO *et al.*, 2012).

Alguns participantes registraram sugestões no sentido de “inclusão/valorização/retorno/apoio do NASF”. Sabe-se que este grupo de profissionais tem como uma das atribuições “apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas para o PSE” (BRASIL, 2009, p.70). Os cirurgiões-dentistas investigados neste estudo, portanto, percebem o enfraquecimento do NASF neste município e reivindicam maior presença destes profissionais no trabalho interdisciplinar junto aos escolares.

Mais uma sugestão relevante mencionada pelos respondentes refere-se à necessidade de “ações resolutivas quando encontradas demandas em saúde nos escolares”, uma vez que a falta de resolutividade do sistema de saúde gera transtornos aos profissionais quando problemas que não podem ser resolvidos na própria unidade de saúde são identificados nos escolares (SILVA, 2013), ou quando os resultados chegam somente após a saída do aluno da escola (FREITAS, 2015), comprometendo os resultados das ações do PSE.

Essa é uma questão muito importante a ser avaliada pela gestão municipal do programa, já que, com frequência, observa-se essa falta de resolutividade e descontinuidade das ações iniciadas nas escolas de Fortaleza, como nos casos em que são identificados escolares com dificuldades visuais que ficam aguardando por tempo indeterminado a confecção de óculos corretivos pelo Programa Olhar Brasil ou quando são encontrados alunos com suspeita diagnóstica de hanseníase que esbarram no despreparo dos médicos das UAPS em estabelecer o diagnóstico e na

ausência de fluxos bem estabelecidos para avaliação dermatológica especializada, contrariando a integralidade das ações proposta pelo PSE.

Os participantes também sugeriram um “maior apoio da SMS às equipes de saúde”, através de uma gestão do programa mais próxima e atuante. O trabalho de Silva (2013) já alertava para a necessidade de que a gestão do PSE em Fortaleza fosse revista devido ao distanciamento apresentado, falta de acompanhamento e suporte apropriados aos profissionais para desempenharem as atividades do programa.

Por fim, “fortalecer as relações locais e regionais entre saúde e educação” foi mais uma sugestão mencionada com destaque neste estudo. Importante a percepção demonstrada pelos participantes quanto à necessidade de se buscar o trabalho intersetorial em todos os níveis de gestão do programa. Para que o PSE alcance seus objetivos é fundamental a prática cotidiana da intersetorialidade na gestão, no planejamento e na abordagem nos territórios, dessa forma, a sinergia entre as políticas de saúde e educação pode garantir aos estudantes acesso a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados levantados por este estudo, conclui-se que os cirurgiões-dentistas com vínculos ao PSE no município de Fortaleza são, em sua maioria, adultos jovens, mulheres, experientes no trabalho na ESF e com destacada formação em Saúde Coletiva ou áreas afins.

Constatou-se que a vinculação das equipes de saúde ao PSE ainda não é bem clara no município de Fortaleza, uma vez que muitos cirurgiões-dentistas desconhecem o vínculo de sua equipe ao programa. Também se verificou que a maioria dos profissionais nunca participou de capacitações no âmbito do PSE, mas manifestaram interesse por este tipo de formação, especialmente no tocante a estratégias educativas.

O PSE vem sendo desenvolvido em Fortaleza há seis anos, contudo, o estudo identificou muitos cirurgiões-dentistas que, apesar de estarem vinculados, não atuam no programa, o que torna limitada a participação destes profissionais no PSE neste município.

O cirurgião-dentista atua no PSE em Fortaleza desenvolvendo, essencialmente, ações de prevenção às doenças bucais, como a escovação bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, porém, estes profissionais também participam de ações de promoção à saúde com outros enfoques, não se limitando à saúde bucal como área de atuação e inserindo-se na proposta de interdisciplinaridade apresentada como diretriz do PSE.

As Secretarias Regionais III e V apresentam o maior número de cirurgiões-dentistas atuantes no PSE, enquanto na SR IV estes profissionais se destacam pela participação nas ações do Componente I com temáticas distintas à saúde bucal.

O apoio da direção e dos professores da escola, bem como o interesse e colaboração da equipe de Saúde da Família são os fatores que mais favorecem o trabalho dos cirurgiões-dentistas no PSE em Fortaleza. Porém, alguns entraves ainda dificultam sua atuação no programa e precisam ser analisados para que sejam superados e, assim, se conquiste uma participação mais intensa e efetiva destes profissionais.

Este estudo identificou que a falta de materiais educativos, as dificuldades com transporte para deslocamento dos profissionais às escolas, a estrutura física insatisfatória e ausência de escovódromo nas escolas, a carência de capacitação das

equipes envolvidas no programa e a falta de apoio de algumas escolas são as principais dificuldades percebidas pelos cirurgiões-dentistas na condução de seu trabalho junto ao PSE em Fortaleza.

Percebe-se então, a partir dos resultados desta pesquisa e da discussão baseada em outros estudos, que fatores de ordem estrutural ainda comprometem as práticas do PSE. Apesar disso, o programa resiste nas escolas de Fortaleza e conta com importante participação dos cirurgiões-dentistas da ESF como promotores de saúde junto à comunidade escolar.

Diante disso, o estudo levantou sugestões para o melhoramento do PSE em Fortaleza. Os cirurgiões-dentistas sugeriram uma maior aproximação da gestão municipal do programa às equipes executoras e uma atuação mais destacada, oferecendo o suporte apropriado aos profissionais para o desenvolvimento das ações do programa, o que envolve a oferta de materiais adequados, especialmente materiais de apoio para as atividades educativas; capacitação dos profissionais de saúde e de educação envolvidos; transporte para deslocamento dos profissionais e organização das ações de forma a se obter resolutividade às demandas identificadas nos escolares.

O fortalecimento das relações entre os setores saúde e educação, tanto a nível local quanto a nível regional, bem como o estímulo à participação de todos os profissionais da equipe de saúde, inclusive os membros do NASF, também foram sugeridos pelos cirurgiões-dentistas para que se aprimore o PSE em Fortaleza.

Portanto, os resultados do estudo sinalizam para a necessidade de mudanças no planejamento e logística do programa neste município, mas, por outro lado, acreditamos que os cirurgiões-dentistas, bem como os demais profissionais envolvidos, sejam do setor saúde ou do setor educação, precisam se apropriar do PSE, compreendê-lo e assumi-lo como responsabilidade tão importante quanto suas outras atribuições, organizando suas agendas de forma a contemplá-lo.

O estudo também nos apresentou o desafio de se buscar uma inovação das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde, uma vez que se constatou o interesse dos participantes em utilizar estratégias mais criativas e participativas, que dinamizam o processo de aprendizagem e favorecem o empoderamento dos escolares.

Além das sugestões citadas com maior destaque pelos participantes, sugerimos, ao final deste estudo, o estabelecimento de espaços de planejamento,

discussão e compartilhamento de experiências entre as escolas e equipes de saúde vinculadas ao PSE em cada Secretaria Regional, de forma a motivar os profissionais e apresentar-lhes possibilidades de atuação. Também recomendamos a criação de estratégias de monitoramento e avaliação do programa, como forma de promover o acompanhamento das atividades pelos gestores regionais, de avaliar o impacto das ações no território e de subsidiar o planejamento e execução do trabalho pelos profissionais.

Acreditamos que com compromisso e esforço de todos os envolvidos, conseguiremos um salto de qualidade e a consolidação do PSE como importante política pública intersetorial de promoção de saúde em Fortaleza.

Espera-se que os resultados e reflexões apresentados neste trabalho possam ser analisados e venham a auxiliar no direcionamento dos caminhos para o desenvolvimento do PSE de uma forma plena e satisfatória neste município, a partir das contribuições dos cirurgiões-dentistas, favorecendo assim a formação integral e a melhoria das condições de saúde dos estudantes da nossa rede pública de ensino.

Portanto, os resultados deste estudo serão divulgados junto aos cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza e aos gestores municipais do programa, contribuindo para as tomadas de decisão que se fizerem necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, F. A. **Práticas Intersetoriais do Programa de Saúde na Escola: estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos.** 2013. 220f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) - Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2013.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2131-2140, set. 2008.
- ALMEIDA, J. R. S. *et al.* **Manual de promoção de saúde bucal do município de Fortaleza.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 144 p.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.783-836.
- ARAÚJO, M. G. *et al.* Educação em saúde no ensino infantil: Metodologias ativas na abordagem da ação extensionista. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n.1 p.306-313, jan. 2013.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.219-227, 2006.
- AZEVEDO, L. J. M.; MIAZAKI, M.; PORFIRIO, A.J. Questionário Online em Ambiente Android para Coleta de Dados. **Anais do EATI- Encontro Anual de Tecnologia da Informação**, Frederico Westphalen – RS, ano. 4, n. 1, p. 290-294, 2014.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.
- BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e eugenio: discursos que não envelhecem. **Psicologia em Revista**, São Paulo, v.13, n.1, p.59-72, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília: Casa Civil, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 – Cria o incentivo de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 533-535, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006**. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs> Acesso em 20 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes de implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 24 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 5 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Progestores- para entender a gestão do SUS, Brasília: CONASS, 2007c. v.12. 528p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos:2008-2011**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PENSE 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto 7.083, de 27 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Educação**. Brasília: Casa Civil, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto Pela Saúde, nos Componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011**. Conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PENSE 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de sugestões de atividades: Semana Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2015a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRESSAN, A. **A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde.** 2011. 237f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, L. A. C. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.3, p.490-499, 2009.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 4, p.1207-1227, 2015.

CERQUEIRA, M. T. A. Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. p. 33-39.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 2008. 216 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota técnica 18/2011: Programa Saúde na Escola**. Brasília: CONASS, 2011.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Org.) **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.69-106.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 257-263, 2010.

COSTA, R. M. **Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN**. 2009. 80f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros [Internet]. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1865-1873, 2010.

COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, n.27, p. 90-96, 2013.

DIAS, M. S. A. *et al.* Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **SANARE**, Sobral, v.13, n.1, p. 29-34, jan./jun. 2014.

DOTA, E. A. V.; CAMPOS, J. A. D. B.; GARCIA, P. P. N. S. Elaboração de um jogo digital educacional sobre saúde bucal direcionado para a população infantil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n.2, p.209-215, abr./jun. 2012.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.4, p.781-790, 2013.

ESCOREL, S. *et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

FACCIN, D; SEBOLD, R; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1643-1652, 2010.

FARIA, L. R. A. Fundação Rockefeller e os Serviços de Saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2002.

FARIA, F. A. C. **Escolas Promotoras de Saúde na América Latina: uma revisão integrativa da literatura.** 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Franca, Franca, 2010.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev Bras Educ Med**, v.19, n.56, p.61-76, 2014.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na Escola: um breve relato histórico. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, 397-402, 2010.

FREITAS, M. M. **Avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito da Secretaria Executiva Regional V- Fortaleza-CE (2009 a 2012).** 2015. 125f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Saúde bucal e educação infantil: avaliação do desgaste e do acondicionamento de escovas dentárias utilizadas por pré-escolares. **Rev Odontol UNESP**, v.41, n.2, p.81-87, mar/abr. 2012.

GARCIA, P. P. N. S. *et al.* Educação em Saúde: efeito de um método de auto-instrução sobre os níveis de higiene oral em escolar. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 333-337, set./dez. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, 2009.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro.** 2012. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GONÇALVES, F. D. *et al.* Health promotion in primary school. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.12, n.24, p.181-192, 2008.

GONÇALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.26-34, 2014.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface-Comunic., Saude, Educ.**, Belo Horizonte, v.14, n. 33, p. 301-14, abr./jun. 2010.

GOULART, R. M. M. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v.1, n.1, p.05-13, 2006.

HANAUER, D. **A escola e a família como estratégias sociais na promoção de saúde bucal infantil.** 2011. 68f. Monografia (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

HARADA, J. Introdução. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde.** v. 1, 2003, p. 5-7. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em 30 jan 2015.

HARADA, J. A Universidade e a Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde: Relato de Experiência em Embu, SP. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Encontro Nacional de Avaliação Institucional de Extensão Universitária.** Belo Horizonte: UFMG, 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude9.pdf>> Acesso em 27 jan 2015.

HORTA, N. C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul.-ago. 2009.

IERVOLINO, S. A. **Escola Promotora de Saúde: Um projeto de qualidade de vida.** 2000. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde.** v. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em 30 jan 2015.

IPPOLITO-SHEPHERD, J.; GALVÃO, L. A. C. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: Experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 19-20.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.884-894, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2000. 66p.

LEVY, S. N. *et al.* Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: **Conferência Nacional de Saúde On line**. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>> Acesso em 10 mar 2015.

LIMA, I. F. S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Programa Saúde Na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, p. 307-312, 2015.

MAINARDI, N. **Educação em Saúde; problema ou solução?** 2010. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, p. 3243-3248, Oct. 2010.

MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p.1521-1531, 2010.

MENDES, J. D. R. **Educação em Saúde: Percepções e Práticas das Equipes de Saúde Bucal de Sobral-Ceará.**2012. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Vale do Acaraú, Sobral, 2014.

MENDES-JÚNIOR, F. I. R. **Avaliação das necessidades identificadas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará.** 2014. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MEURER, C. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família.** 2013. 75f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação

em Odontologia) – Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

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

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.471-480, 2013.

NUNES, M. F. Organização da demanda em saúde bucal pela Estratégia Saúde da Família. **Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belém**, Maio, 2013.

OLIVEIRA, J. M. A. M.; OLIVEIRA, M. C. M. Educação em saúde: do campanhismo ao Saúde da Família. In: **Congresso Brasileiro de História da Educação, Goiânia-Goiás**. 2006. Disponível em: <<http://www.sbhe.org.br/congressos/cbhe4/individuais-coautoriais/eixo05/Joseane%20Andrade%20Mouzinho%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Cecilia%20M.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 09 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras**. Washington, 1998, 32p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Premios Nacionales del Tercer Concurso Ibero-Americano de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud en el ámbito escolar**. 2011. Disponível em <http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=143:premios-nacionales-del-tercer-concurso-ibero-americano-de-buenas-pr%C3%A1cticas-de-promoci%C3%B3n-de-la-salud-en-el-%C3%A1mbito-escolar&Itemid=347&lang=pt> Acesso em 02 fev 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **V Meeting of the Latin American Health Promoting Schools Network**. Havana, Cuba, Abr 2014. Disponível em <http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=55:international-health-promotion-congress-in-cuba2&lang=pt> Acesso em 01 fev 2015.

PAIVA, G. M. **Análise do Programa Saúde na Escola do Município de Fortaleza.** 2012. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores.** 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.3, p.320-328, 2007.

PERIAGO, M. R. Prefácio. In: **Escolas Promotoras de Saúde.** Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Série Promoção da Saúde n. 4. Washington: OPAS, 2006. 72p.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. Evaluation of community based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. **Community Dental Health**, v.21, p.319-329, 2004.

PINHEIRO, F. M. C. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, jan./mar. 2009.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.657-664, 2010.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** 2000. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 26 fev. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA (PMF). **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013.** Fortaleza, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, S. L. **O Cirurgião-dentista e a Estratégia de Saúde da Família.** 2011. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Dourados, 2011.

RAMPASO, D. A. L. et al. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 783-785, jul.-ago. 2011.

REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **Journal Health Science Institute**, v. 31, n.2, p. 219-223, 2013.

ROZEMBERG, B. Comunicação e Participação em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.741-766.

ROUQUAYROL, M. Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SÁ, P. S. G. P. **Análise da atenção primária em saúde no âmbito da saúde bucal**. 2014. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v.65, n. 6, dez. 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SANTOS, K. F.; BÓGUS, C. M. A Percepção de Educadores sobre a Escola Promotora de Saúde: um estudo de caso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.17, n. 3, p. 123-133, 2007.

SANTOS, B. O. A. **Formação dos profissionais de saúde que atuam na estratégia de saúde da família do município de Caucaia (CE)**. 2016. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SILVA, C. S. **Promoção da Saúde na Escola: Modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro**. 2010. 201f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, R. D. et al. Mais que educar... Ações Promotoras de Saúde e Ambientes Saudáveis na Percepção do Professor da Escola Pública. **RBPS**, v.24, n.1, p. 63-72, 2011.

SILVA, A. A. **Avaliação da Atuação do Enfermeiro na Prevenção de DST/AIDS no Programa Saúde na Escola**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SILVA-JÚNIOR, A. J. **Programa Saúde Na Escola: limites e possibilidades intersetoriais**. 2014. 160f. Tese (Doutorado em Educação) – Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMSF). **Relatório Mensal de Atestos- Abril**. Fortaleza: SMSF.Célula de Atenção às Doenças Crônicas, 2015a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMSF). **Coordenadorias Regionais de Saúde.** Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadorias-regionais-de-saude>> Acesso em: 13 abr 2015b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMSF). **Relatório Anual 2015- 1º quadrimestre.** Fortaleza: SMSF. Célula de Atenção Primária à Saúde, 2015c.

SOUZA, A. C. **Programas de Escola Promotora de Saúde: Estudo com profissionais.** 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas Versões na História Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.618-627, out./dez. 2009.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, nov. 2007.

TOMAZ, J. B. C. O Agente Comunitário de Saúde Não Deve Ser um “Super-Herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

TURRIONI, A. P. S. *et al.* Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1841-1848, 2012.

TUSSET, D. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal.** 2012. 161f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELLOS, L.; GUEDES, L. F. A. E-Surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. **X SemeAd – Seminários em Administração**, São Paulo: FEA-USP, 2007.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.15, suppl.0, 2005.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E.; SCHUCH JÚNIOR, V. F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. **XIII SemeAd Seminários em Administração**, São Paulo: FEA-USP, 2010.

WALTER, O. M. F. C. Análise de ferramentas gratuitas para condução de survey online. **Produto & Produção**, v.14, n. 2, p.44-58, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Third International Conference on Health Promotion**, Sundsvall, Suécia, 9-15 Jun 1991. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>> Acesso em 20 jan 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Quadros de apresentação dos Componentes I e II do PSE

Quadro 3: Linhas de ação do Componente I do PSE (ações essenciais em destaque).

Linha de Ação	Nível de ensino	Caráter	Ação	Periodicidade
Avaliação antropométrica e do estado nutricional	Creche	Essencial	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a avaliação do estado nutricional por meio da antropometria. 	Semestral
	Pré-escola, Ensino Fundamental (EF), Ensino Médio (EM) e Educação de Jovens e Adultos (EJA)			Anual
Verificação da situação vacinal	Creche	Essencial	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a verificação da situação vacinal dos educandos e direcioná-los para atualização 	Semestral
	Pré-escola, EF, EM e EJA			Anual
Identificação de Possíveis Sinais Relacionados às Doenças em Eliminação	EF, EM e EJA	Optativa	<ul style="list-style-type: none"> - Observar possíveis sinais de doenças em eliminação prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária, esquistossomose, geohelmintíases, tracoma), e propor medidas de controle e de eliminação 	Anual
Saúde Ocular	Creche e Pré-escola	Essencial	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar verificação com os pais se a criança realizou triagem ocular (teste do olhinho) e anotar o resultado. - Verificar se as crianças com teste alterado foram encaminhadas para diagnóstico. 	Anual
	EF, EM e EJA		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar teste de Snellen 	
Saúde Auditiva	Creche	Optativa	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar com os pais se a criança realizou triagem auditiva (teste da orelhinha) na maternidade e anotar o resultado 	Na entrada da criança na creche
	Pré-escola, EF, EM e EJA		<ul style="list-style-type: none"> - Identificar educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo 	Anual
Desenvolvimento da Linguagem	Pré-escola, EF, EM e EJA	Optativa	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral e escrita 	Anual
Saúde Bucal	Todos	Essencial	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal 	Anual
			<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação Tópica de Flúor 	De acordo com a avaliação de saúde bucal
			<ul style="list-style-type: none"> - Escovação supervisionada 	Semestral

Fonte: elaborado a partir das informações contidas no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015a).

Quadro 4: Linhas de ação do Componente II do PSE (ações essenciais em destaque).

Linha de Ação	Nível de ensino	Essencial	Ação	Periodicidade
Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Todos	Essencial	- Realizar atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis com a comunidade escolar, valorizando os alimentos regionais.	Contínua
	Creches	Essencial	- Fortificação com micronutrientes	Semestral
Promoção das práticas corporais e da atividade física nas escolas	Pré-escola, EF, EM e EJA	Optativa	- Realizar práticas corporais orientadas, relacionadas à realidade da comunidade, incluídas no cotidiano escolar.	Contínua
Educação para a saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DSTs/Aids e de hepatites virais	EF, EM e EJA	Essencial	- Realizar atividades abordando as temáticas da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DSTs/Aids e hepatites virais no cotidiano da escola.	Contínua
			- Formar jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas envolvendo saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids	
Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas	EF, EM e EJA	Essencial	- Realizar atividades abordando a temática dos riscos e danos do uso de álcool, do tabaco, do crack e de outras drogas no cotidiano da escola.	Contínua
Promoção da cultura de paz e prevenção das violências	Todos	Essencial	- Realizar atividades no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, <i>bullying</i> , homofobia, discriminação e preconceito da família e da comunidade.	Contínua
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Pré-escola, EF, EM e EJA	Optativa	- Realizar atividades de sensibilização, de responsabilização e de intervenção do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar.	Contínua
Promoção da saúde mental	Todos	Essencial	- Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no território, em articulação com o GTI	Grupo implantado
	Creche e pré-escola	Optativa	- Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde	
	EF, EM e EJA	Optativa	- Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infanto juvenil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar	
Prevenção de violências e acidentes	Todos	Optativa	Realizar atividades de prevenção de acidentes e mapeamento na escola das situações de risco de acidentes.	Contínua

Fonte: elaborado a partir das informações contidas no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015a).

APÊNDICE B- Questionário

1- Sexo: () Masculino () Feminino

2- Idade: ____ anos

3- Tempo de formação (graduação): ____ anos

4- Nível de formação: () graduação () especialização - Área: _____

() residência multiprofissional

() mestrado – Área: _____

() doutorado – Área: _____

5- Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF): ____ anos

6- Tempo de trabalho na ESF em Fortaleza: ____ anos

7- Secretaria Regional: () SR I () SR II () SR III () SR IV () SR V () SR VI

8- Sabe informar se sua equipe de Saúde da Família está vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE)?

() Sim, está vinculada () Não está vinculada

() Não sei informar () Não conheço esse Programa

9- Você já participou de algum processo de capacitação para atuação no PSE?

() Sim, em Fortaleza () Sim, em outros municípios

() Sim, em Fortaleza e outros municípios () Não

10- Numa escala de 0 a 10, qual seu grau de interesse em participar de processos de educação permanente no âmbito do PSE?

01 – 02 – 03 – 04 – 05 – 06 – 07 – 08 – 09 – 10

11- Que temas você considera importante para serem abordados em processos de capacitação profissional para atuação no PSE?

() Apresentação da proposta do PSE

() Gestão intersetorial do PSE

() Estratégias educativas

() Promoção da alimentação saudável/vigilância alimentar

() Direitos sexuais e direitos reprodutivos

() Prevenção das DST/AIDS

() Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas

() Prevenção das violências

() Promoção de práticas corporais e atividade física

() Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável

() Prevenção de acidentes e mapeamento das situações de risco de acidentes na escola

() Avaliações clínicas (antropométrica/auditiva/odontológica/oftalmológica/nutricional)

() Avaliação psicossocial

() Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (hanseníase, geohelmintíases, tuberculose, etc.)

() Outros: _____
 () Nenhum

12- Você atua no PSE? Desenvolve e/ou participa de atividades referentes a este Programa?

() Sim, com frequência () Sim, às vezes () Não

- **Aos que responderam negativamente ao item 12- “Você atua no PSE?”, ignorar as questões de 13 a 21 e seguir para a questão nº 22 (ao final do questionário)**

13- Há quanto tempo você atua no PSE?

() 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () 5 anos () Não sei informar

14- Quem participa com você do desenvolvimento das ações no âmbito do PSE?

(<input type="checkbox"/>) Realizo sozinho(a)	(<input type="checkbox"/>) ASB/TSB	(<input type="checkbox"/>) Médico(a) da equipe
(<input type="checkbox"/>) Enfermeiro(a) da equipe	(<input type="checkbox"/>) NASF	(<input type="checkbox"/>) ACSs
(<input type="checkbox"/>) Educador em saúde	(<input type="checkbox"/>) Professores	(<input type="checkbox"/>) Outros: _____

15- Em geral, como são definidas as ações desenvolvidas por você no âmbito do PSE?

() De acordo com as solicitações da Secretaria Municipal de Saúde
 () De acordo com as solicitações da direção da escola
 () A partir de um diagnóstico das necessidades dos escolares
 () A partir dos interesses da equipe de saúde da família
 () A partir de escolhas pessoais
 () Aleatoriamente
 () Outros: _____

16- Você realiza ações de educação em saúde no âmbito do PSE?

() Sim () Não () Às vezes

Em caso afirmativo, que estratégias educacionais utiliza?

(<input type="checkbox"/>) Palestra	(<input type="checkbox"/>) Vídeo educativo	(<input type="checkbox"/>) Roda de conversa
(<input type="checkbox"/>) Gincana	(<input type="checkbox"/>) Debate	(<input type="checkbox"/>) Concurso
(<input type="checkbox"/>) Jogos	(<input type="checkbox"/>) Dramatização	(<input type="checkbox"/>) Dinâmica de grupo
(<input type="checkbox"/>) Cordel	(<input type="checkbox"/>) Discussão de filmes	(<input type="checkbox"/>) Intervenção na comunidade
(<input type="checkbox"/>) Recursos informatizados	(<input type="checkbox"/>) Outros: _____	

E que estratégias educacionais não utiliza, mas gostaria de utilizar?

(<input type="checkbox"/>) Palestra	(<input type="checkbox"/>) Vídeo educativo	(<input type="checkbox"/>) Roda de conversa
(<input type="checkbox"/>) Gincana	(<input type="checkbox"/>) Debate	(<input type="checkbox"/>) Concurso
(<input type="checkbox"/>) Jogos	(<input type="checkbox"/>) Dramatização	(<input type="checkbox"/>) Dinâmica de grupo
(<input type="checkbox"/>) Cordel	(<input type="checkbox"/>) Discussão de filmes	(<input type="checkbox"/>) Intervenção na comunidade
(<input type="checkbox"/>) Recursos informatizados	(<input type="checkbox"/>) Outros: _____	

17- Aponte as ações já desenvolvidas por você (ou das quais já tenha participado) no âmbito do PSE no município de Fortaleza:

- Ações do Componente I - Avaliação clínica e psicossocial:

- () Avaliação antropométrica
- () Atualização do calendário vacinal
- () Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS)
- () Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (hans., geohelmintíases, tuberculose etc.)
- () Avaliação oftalmológica
- () Avaliação auditiva
- () Avaliação nutricional
- () Avaliação da saúde bucal
- () Escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor
- () Educação em saúde bucal
- () Avaliação psicossocial

- Ações do Componente II – Promoção e Prevenção à Saúde:

- () Promoção da alimentação saudável
- () Promoção das práticas corporais e atividade física
- () Educação para a saúde sexual e reprodutiva
- () Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- () Promoção da cultura de paz e prevenção das violências
- () Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável
- () Prevenção de acidentes e mapeamento das situações de risco de acidentes na escola.

18- Você já desenvolveu ações na(s) escola(s) que envolvessem os pais dos escolares?

- () Sim
- () Não

19- Você realiza atendimento clínico odontológico ou encaminha para unidade de saúde de referência os escolares identificados com necessidades de cuidado em saúde bucal?

- () Sim, com frequência
- () Sim, algumas vezes
- () Não

20- Pra você, quais os fatores facilitadores para o desenvolvimento do seu trabalho no PSE?

21- Que dificuldades você encontra na condução do seu trabalho junto ao PSE?

22- Você tem alguma sugestão a dar de forma a aprimorar o PSE no município de Fortaleza?

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado por meio eletrônico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) pela pesquisadora Eline Miranda Correia Lima (aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF-FIOCRUZ) a participar da pesquisa intitulada **ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**, sob orientação da Profª Andréa Soares Rocha da Silva.

O objetivo desta pesquisa será descrever a atuação dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola em Fortaleza- Ceará, delineando seu perfil sóciodemográfico e profissional; identificando as ações realizadas no âmbito do PSE e conhecendo as dificuldades e potencialidades encontradas por estes profissionais para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho, mas você não deve participar contra a sua vontade. Portanto, leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar através dos contatos listados ao final deste termo, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Sua participação consistirá em responder a um questionário *online*, elaborado através do *Google Docs*, composto por perguntas abertas e fechadas referentes a sua prática de trabalho no Programa Saúde na Escola. O tempo estimado necessário ao preenchimento do referido questionário é de 15 minutos. Destacamos que sua participação nesta pesquisa é voluntária e não envolve nenhuma forma de pagamento. Também não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição caso não aceite participar ou desista da participação mesmo após ter iniciado o preenchimento do questionário. Ao finalizar o preenchimento do questionário, será solicitada a sua confirmação antes do envio das suas respostas. Neste momento, você será lembrado de que após essa confirmação de envio, não haverá possibilidade de retirada das informações por você fornecidas, por se utilizar uma ferramenta *online*, onde os instrumentos não serão identificados.

2. RISCOS: As perguntas utilizadas no instrumento de coleta de dados serão referentes a sua prática de trabalho no Programa Saúde na Escola, o que pode lhe gerar algum constrangimento ou desconforto de pequena ordem durante o preenchimento do questionário. Por se tratar de uma pesquisa *online*, está sujeita a falhas técnicas decorrentes dessa modalidade (problemas de sistema; indisponibilidade provisória da página; perda das informações e necessidade de reinserção dos dados; interferência de programas espiões que gerem vazamento de informações registradas no questionário ou do endereço de e-mail dos participantes).

3. BENEFÍCIOS: Este estudo não lhe trará diretamente nenhum benefício de ordem individual. Os benefícios esperados são coletivos e estão na contribuição que a pesquisa poderá trazer ao cenário do Programa Saúde na Escola, auxiliando no direcionamento dos caminhos para o desenvolvimento do PSE de uma forma plena e satisfatória neste município. A pesquisadora não terá nenhum benefício pessoal/financeiro com esta pesquisa, exceto a produção acadêmica dele decorrente.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr(a) nos fornecer durante o preenchimento do questionário serão utilizadas somente para esta pesquisa. Será mantido o sigilo de suas respostas e não será solicitada identificação pessoal no questionário. Você também não terá acesso à identificação ou às respostas dos demais participantes.

5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS: Os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos e divulgação junto às instâncias gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, como devolutiva da pesquisa que estará sendo realizada junto a seus profissionais. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral e os resultados estatísticos.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

CONTATOS:

Eline Miranda Correia Lima (pesquisadora)

Telefone: (85)99615-6422/ (85) 98698-6919 E-mail: elinemclima@gmail.com
Endereço de trabalho: R. Gonçalo Souto, 420 - Vila União - Fortaleza/CE

Andréa Soares Rocha da Silva (orientadora)

E-mail: andreasrs07@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará- PROPESQ

Telefone: (85) 3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br
Endereço: R. Cel. Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza/CE

Atenção: Uma cópia eletrônica deste termo de consentimento livre e esclarecido será enviada a sua caixa de e-mail. Caso você deseje receber uma via impressa deste termo com a assinatura da pesquisadora, informar abaixo o endereço para envio (os custos do envio serão de responsabilidade da pesquisadora).

Desejo receber uma via impressa deste Termo - Endereço para envio:

Ao assinalar a opção “**aceito participar da pesquisa**”, a seguir, você atesta sua anuência com este estudo, declarando que foi esclarecido(a) e compreendeu seus objetivos, método, benefícios e riscos envolvidos, conforme descrição aqui efetuada.

Aceito participar da pesquisa

APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado por via impressa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(A ser firmado em duas vias pelo participante e pela pesquisadora)

Você está sendo convidado(a) pela pesquisadora Eline Miranda Correia Lima (aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF-FIOCRUZ) a participar da pesquisa intitulada **ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**, sob orientação da Profª Andréa Soares Rocha da Silva.

O objetivo desta pesquisa será descrever a atuação dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola em Fortaleza– Ceará, delineando seu perfil sóciodemográfico e profissional; identificando as ações realizadas no âmbito do PSE e conhecendo as dificuldades e potencialidades encontradas por estes profissionais para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho, mas você não deve participar contra a sua vontade. Portanto, leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar através dos contatos listados ao final deste termo, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Sua participação consistirá em responder a um questionário impresso composto por perguntas abertas e fechadas referentes a sua prática de trabalho no Programa Saúde na Escola. O tempo estimado necessário ao preenchimento do referido questionário é de 15 minutos. Destacamos que sua participação nesta pesquisa é voluntária e não envolve nenhuma forma de pagamento. Também não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição caso não aceite participar. A qualquer momento você poderá desistir da participação e retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

2. RISCOS: As perguntas utilizadas no instrumento de coleta de dados serão referentes a sua prática de trabalho no Programa Saúde na Escola, o que pode lhe gerar algum constrangimento ou desconforto de pequena ordem durante o preenchimento do questionário.

3. BENEFÍCIOS: Este estudo não lhe trará diretamente nenhum benefício de ordem individual. Os benefícios esperados são coletivos e estão na contribuição que a pesquisa poderá trazer ao cenário do Programa Saúde na Escola, auxiliando no direcionamento dos caminhos para o desenvolvimento do PSE de uma forma plena e satisfatória neste município. A pesquisadora não terá nenhum benefício pessoal/financeiro com esta pesquisa, exceto a produção acadêmica dele decorrente.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr(a) nos fornecer durante o preenchimento do questionário serão utilizadas somente para esta pesquisa. Será mantido o sigilo de suas respostas e não será solicitada identificação pessoal no questionário. Você também não terá acesso à identificação ou às respostas dos demais participantes.

5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS: Os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos e divulgação junto às instâncias gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, como devolutiva da pesquisa que estará sendo realizada junto a seus profissionais. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral e os resultados estatísticos.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Caso aceite participar, solicito que assine o presente termo de consentimento.

CONTATOS:

Eline Miranda Correia Lima (pesquisadora)

Telefone: (85)99615-6422/ (85) 98698-6919 E-mail: elinemclima@gmail.com
Endereço de trabalho: R. Gonçalo Souto, 420 - Vila União - Fortaleza/CE

Andréa Soares Rocha da Silva (orientadora)

E-mail: andreasrs07@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará- PROPEsQ

Telefone: (85) 3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

Endereço: R. Cel. Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza/CE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, fui esclarecido (a) e compreendi os objetivos, método, riscos e benefícios envolvidos nesta pesquisa. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, fazer contato com a pesquisadora para esclarecimento de qualquer dúvida. Declaro, portanto, que concordo em participar da pesquisa intitulada “Atuação do Cirurgião-Dentista no Programa Saúde na Escola no Município de Fortaleza”. Declaro ainda que estou recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___, de _____ de _____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha