

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE
CASCAVEL CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

GIONE ANDRÉ SCHIO

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

CASCAVEL- PR
Fevereiro/2018

GIONE ANDRÉ SCHIO

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

**Área de concentração: Práticas e Políticas de
Saúde**

ORIENTADORA: Dra. Rosa Maria
Rodrigues

CO-ORIENTADOR: Dr. Luiz Antonio
Rodrigues

CASCADEL- PR

Fevereiro/2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas – UNIOESTE)

S363a Schio, Gione André.
Atuação do cirurgião dentista no programa saúde na escola em municípios do Paraná / Gione André Schio. — Cascavel (PR), 2017.
110 f.: il.

Orientadora: Dra. Rosa Maria Rodrigues
Co-orientador: Dr. Luiz Antonio Rodrigues
Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2017.
Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
Inclui bibliografia

1. Saúde escolar. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde bucal. I. Rodrigues, Rosa Maria. II. Rodrigues, Luiz Antonio. III. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. IV. Título.

CDD 617.6

*Dedico este trabalho à memória de minha mãe, **Veraluz de Borba Schio**, pela generosidade, bondade, altruísmo, preocupando-se com o próximo e fazendo o bem apenas por gostar de ajudar as pessoas à sua volta. Mãe, esse foi o grande ensinamento da minha vida.*

RESUMO GERAL

As ações de saúde que acontecem no ambiente escolar são fundamentais para partilhar conhecimentos, para exercitar a intersetorialidade e para ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, visto que os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, em 2003 e 2010, respectivamente, demonstraram que as condições de saúde bucal da população infantil merecem atenção. Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) revelou piora no perfil geral dos estudantes no período de 2009 a 2015, com redução na proporção de escovação e aumento no percentual de alunos com relato de dor de dente. Para o desenvolvimento de ações de saúde no ambiente escolar, o Governo Federal instituiu, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o qual tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O programa conta com diversas linhas de ações e, dentre elas, a de saúde bucal. O presente estudo objetivou analisar o conhecimento e a atuação de cirurgiões dentistas no Programa Saúde na Escola (PSE) nos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do Paraná. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório de abordagem quanti-qualitativa. Um questionário com questões fechadas e abertas foi enviado aos profissionais por meio de plataforma online, abordando questões relacionadas ao funcionamento do programa, às ações previstas para os cirurgiões dentistas e à avaliação deles a respeito do Programa. Os dados quantitativos foram sistematizados e distribuídos em tabela, e os qualitativos submetidos à análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Responderam de forma completa ao questionário 38 cirurgiões dentistas que atuam no PSE. As atividades que são desenvolvidas com maior frequência concentram-se no Componente I (avaliação clínica) para o diagnóstico e o tratamento das doenças bucais. No componente II (promoção e prevenção à saúde), destacam-se as atividades de prevenção e de educação em saúde. Para essas ações foram citados obstáculos, tais como o desinteresse dos pais, a omissão da escola, a escassez de recursos e a dificuldade de atuação multiprofissional. Identificou-se que os cirurgiões dentistas estão distanciados das ações coletivas que acontecem por meio do PSE, pois não se inserem nos momentos de pactuação coletiva. Os resultados demonstram que as práticas intersetoriais não fazem parte da rotina dos profissionais, sendo consideradas como desafios a serem enfrentados. Foram encontradas dificuldades com relação à formação dos profissionais, tendo em vista que eles não foram preparados para atuar no Programa e não participam de ações de educação permanente relacionadas ao tema. Há, portanto, necessidade de ampliação das ações de promoção e prevenção, de forma que todos os municípios atuem para além das ações curativas.

Palavras-chave: Saúde escolar, Promoção da Saúde, Saúde Bucal.

PERFORMANCE OF DENTAL SURGEONS IN THE MUNICIPALITIES OF PARANÁ

GENERAL ABSTRACT

The health actions that take place in the school environment are fundamental to share knowledge, to exercise the intersectoriality and to increase the access of the school community to health services, since the last two epidemiological surveys carried out in Brazil, in 2003 and 2010, respectively, demonstrated that the children oral health conditions demand attention. In addition, the National Survey of School Health (PeNSE) revealed a worsening in the students' general profile from 2009 to 2015, with a reduction in the proportion of brushing and an increase in the percentage of reported toothaches. To develop health actions in the school environment, the Federal Government instituted the Health in School Program (PSE) in 2007. It is a partnership between the Ministries of Health and Education, which aims to increase the access of the school community to health services and to contribute to the integral formation of the students through actions of promotion and prevention in regard to health care. The program has several lines of action, including oral health. The present study aimed to analyze the knowledge and performance of dental surgeons in the Health in School Program (PSE) in the municipalities that constitute the 8th Regional Health Center of Paraná. On this account, an exploratory study of quantitative-qualitative approach was carried out. A questionnaire with closed and open questions was sent to the professionals through an online platform, addressing issues related to the operation of the program, the actions planned for dental surgeons and their evaluation of the Program. The quantitative data were systematized and distributed in a table, and the qualitative data submitted to content analysis in the thematic analysis modality. A total of 38 dental surgeons working in the PSE completed the questionnaire. The activities that are most frequently developed focus on Component I (clinical evaluation) for the diagnosis and treatment of oral diseases. On Component II (health promotion and prevention), health prevention and education activities stand out. However, the lack of interest of the parents, the omission of the school, the scarcity of resources and the difficulty of multiprofessional work were cited as obstacles to perform them. It has been identified that dental surgeons are distanced from collective actions that happen through the PSE because they do not take part in moments of collective agreement. The results show that intersectoral practices are not part of the professional routine and are considered challenges to be faced. Difficulties were found regarding the training of professionals, since they were not prepared to act in the Program and did not participate in permanent education actions related to the theme. Therefore, it is paramount to expand promotion and prevention actions, in order for all municipalities to act beyond curative actions.

Key words: School Health, Health Promotion, Oral Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	11
OBJETIVOS.....	14
Objetivo geral	14
Objetivos específicos	14
REVISÃO GERAL DE LITERATURA.....	15
Histórico da assistência odontológica no setor público: foco no ambiente escolar.....	15
A interação da Odontologia com o Sistema Único de Saúde	18
Perfil epidemiológico de Saúde Bucal na Região Sul do Brasil.....	19
Programa Saúde na Escola: um olhar para a saúde bucal	22
METODOLOGIA	28
Tipo de Estudo	28
Campo da Pesquisa	29
Sujeitos do Estudo	30
Coleta de Dados.....	31
Análise e Interpretação dos Dados	32
Aspectos Éticos.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
RESULTADOS.....	39
ARTIGO CIENTÍFICO I: A ODONTOLOGIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ	40
ARTIGO CIENTÍFICO II: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA PERSPECTIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ	60
APÊNDICE I – Instrumento de coleta de dados	82
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	89
ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.	91
ANEXO II: Carta de submissão de artigo I (Revista Gaúcha de Odontologia).....	95
ANEXO III: Normas para publicação artigo I: Revista Gaúcha de Odontologia	96
ANEXO IV: Normas para publicação artigo II: Physis Revista de Saúde Coletiva	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Histórico da assistência odontológica no setor público de saúde no Brasil até 1988	18
Figura 2: Distribuição dos componentes do PSE e as ações do cirurgião dentista.....	24
Figura 3: Municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do Paraná e sua disposição geográfica.....	29
Figura 4: Estratificação do número de sujeitos que compuseram a pesquisa..	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade no interior da Região Sul, separados por componentes.	21
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ATF – Aplicação Tópica de Flúor (aparece apenas no anexo)

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNCCSF – Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com uso de Selantes e Flúor

PPP – Projeto Político pedagógico

PRECAD – Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental

PSE – Programa Saúde na Escola

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO GERAL

A possibilidade de uma escola que forme cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade motivou o início do Programa Saúde na Escola (PSE, de ora em diante). Fruto de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e instituído, em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, o PSE almeja a construção de políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar (BRASIL, 2007).

O PSE intenciona contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades e dos riscos à saúde, provenientes das condições de habitação, de ambiente, de educação, de lazer, de cultura e de serviços essenciais cuja limitação do acesso compromete o pleno desenvolvimento de crianças, de adolescentes e de jovens brasileiros. Essa contribuição se dá por meio de ações que articulam a saúde e a educação, visando proporcionar o desenvolvimento integral dos que compõe o espaço escolar (BRASIL, 2015).

As ações do PSE dividem-se em três componentes: o componente I – Avaliação clínica e Psicossocial; o componente II – Promoção e Prevenção à Saúde; e o componente III – Formação. Os profissionais da saúde devem atuar em todos os componentes. Entretanto, ações específicas de cada profissional estão definidas no componente I, para o qual a odontologia deve contribuir desenvolvendo as atividades da linha de ação saúde bucal cujo objetivo é avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar aqueles com alguma necessidade de cuidado (BRASIL, 2015).

A educação em saúde pode ser utilizada no incentivo de práticas de vida saudáveis, conformando-se em uma possível estratégia de promoção da saúde. O compartilhamento de saberes oportunizado por esse processo contribui na busca de soluções para as mais diversas problemáticas (COSTA; SILVA; DINIZ, 2008). No componente II estão contempladas ações educativas, tais como a incorporação de temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos, da elaboração, da produção e da aplicação de material didático-pedagógico que

abordam temas de saúde bucal e que podem ser realizadas pela odontologia (BRASIL, 2009).

Dentre os espaços destinados à educação em saúde destaca-se o ambiente escolar, o qual pode constituir-se em um lócus fundamental para o desenvolvimento de conhecimento e de habilidades para todos os seus integrantes e a comunidade. Na escola encontra-se um grande potencial disseminador de informações que, por inúmeras vezes, ultrapassa seus limites físicos (OLIVEIRA; BUENO, 1997).

Adentrar ao ambiente escolar requer partir de uma concepção ampliada do processo de viver e adoecer que leve em conta os determinantes da saúde e que possa provocar algum impacto sobre as condições de desigualdade social, pelo investimento na participação das pessoas na busca do empoderamento de indivíduos e grupos. A visão restrita do processo saúde-doença culpabiliza os sujeitos por suas condições existenciais, sem uma análise que permita vislumbrar soluções sobre as condições enfrentadas, as quais, por certo, envolveriam diversas instâncias, setores e a participação crítica e ativa da comunidade (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

A educação em saúde constitui-se um desafio complexo. Assim sendo, a construção de parcerias entre a saúde, a educação e os demais setores relacionados contribui para a promoção da saúde no ambiente escolar, afastando-se do antigo modelo educacional centrado na figura do professor. Os atores sociais (alunos, pais, profissionais de saúde e educadores) devem produzir uma forma de pensar saúde mais efetiva e adequada às reais necessidades da população. Desse modo, a escola possibilita um local de encontro e de debate da forma de pensar e de construir saúde, visando a uma mudança conjunta que envolve aspectos culturais e sociais (COSTA; SILVA; DINIZ, 2008).

A intersecção entre os setores da saúde e da educação exige o compartilhamento dos dois campos mediante à atuação dos profissionais dos dois setores, dentre eles, os cirurgiões dentistas para atuar nas ações específicas da saúde bucal dos escolares.

A saúde bucal deve ser compreendida como parte constituinte e inseparável da saúde geral do indivíduo e, nesse sentido, os programas de saúde bucal, com ações educativas e/ou cirúrgicas restauradoras, são essenciais para

aumentar a qualidade de vida da população de forma geral e, em particular, das crianças e adolescentes em idade escolar (SITYÁ et al., 2014).

Os fatores de risco e preditores de risco das doenças bucais, frequentemente identificados na literatura, podem ser divididos em três componentes: o biológico (experiência passada de cárie, presença de biofilme); o comportamental (dieta, frequência de escovação) e o socioeconômico (escolaridade dos pais, renda familiar). A identificação de desequilíbrio entre os componentes permite o planejamento e a execução de estratégias preventivas, visando à diminuição do risco (LOPES, 2014).

O fator de risco relacionado ao comportamento depende, dentre outros aspectos, do conhecimento acerca de uma adequada higiene bucal por parte de quem as executa. Nesse contexto, os programas odontológicos educativos em sua maioria têm como meta levantar e interpretar as necessidades das populações que dispõem de pouco acesso aos serviços de saúde odontológicos, valorizando-as e acolhendo-as de forma resolutiva (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004). A equipe de saúde pode lançar mão dos potenciais existentes na própria comunidade para desenvolver as práticas educativas, dialogando com usuários e segmentos da sociedade. Assim, as ações passam a fazer sentido, influenciando na participação e na mudança de comportamento, uma vez que os usuários se tornam livres e conscientes (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, em 2003 e 2010, respectivamente, confirmam a tendência de declínio da cárie dentária da população de 12 anos. Entretanto, esse declínio não se mantém durante a adolescência, além de persistirem as desigualdades regionais (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012).

A implantação de programas de intervenção em saúde que sejam culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto vivenciado pelas populações constitui um desafio para a saúde pública. O modelo assistencial predominante no Brasil, o qual diz respeito ao modo como são organizadas as ações de saúde, motiva a discussão de propostas que têm como objetivo transformar esse sistema, suas práticas e o processo de trabalho em saúde (BALDANI et al., 2005).

A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, doravante), demonstrou uma piora no perfil geral dos estudantes no período de 2009 a 2015, com redução na proporção de escovação e aumento no percentual de

alunos com relato de dor de dente (IBGE, 2016). Tendo em vista a importância dos programas escolares de saúde bucal como forma de atuação na área educativa, preventiva e de recuperação da saúde e pelo presente exposto, considerou-se relevante pesquisar de que forma ocorre a atuação do cirurgião dentista no PSE em municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do estado do Paraná.

Neste estudo, ao compreender a odontologia como parte integrante do PSE, pressupõe-se que os cirurgiões dentistas atuantes no serviço público de saúde dos municípios pesquisados estejam diretamente envolvidos e executando as ações coletivas previstas no referido programa, contribuindo para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino, além de promover a saúde, a intersetorialidade e a integralidade.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar o conhecimento e a atuação dos cirurgiões dentistas no PSE em municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do Paraná.

Objetivos específicos

- a) Verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas acerca do PSE;
- b) Identificar quais as ações preconizadas nos componentes I, II e III do PSE são executadas pelos cirurgiões dentistas nos municípios pesquisados;
- c) Identificar como os cirurgiões dentistas avaliam as ações de saúde que desenvolvem no PSE.

REVISÃO GERAL DE LITERATURA

Compreender a inserção da atenção à saúde bucal nos espaços de cuidado público implica em recuperar a sua história no Brasil, em especial, destacando-se como essa prática profissional tem adentrado ao ambiente escolar no qual as ações de prevenção e de promoção da saúde em saúde bucal devem ser implementadas tendo como horizonte o trabalho interdisciplinar.

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) aponta para ações e serviços elaborados a partir do conhecimento da realidade local, aproximando-se das pessoas para conhecer as suas condições de vida, suas representações e as concepções que têm acerca da saúde. Para esse modelo de cuidado, é fundamental que os profissionais de saúde bucal estabeleçam alianças, seja no próprio sistema de saúde, ou em ações desenvolvidas nas áreas da educação, da cultura, da assistência social, entre outras. As ações de promoção de saúde ganham maior significado quando outras instituições estão envolvidas, tais como o local de trabalho, o comércio, o governo e a escola, sendo essa última local preferencial para esse tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço. O estímulo à reflexão e a apropriação da informação necessária ao autocuidado estimulam a consciência sanitária.

Histórico da assistência odontológica no setor público: foco no ambiente escolar

O atendimento odontológico público teve seu início no Brasil a partir do estado de São Paulo, em 1929, quando os primeiros profissionais de odontologia integraram o quadro da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior. Em 1932, a secretaria da Educação e da Saúde Pública Paulista implantou a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário, com ações voltadas para os

escolares da rede pública estadual. Após a criação da Secretaria Estadual de Saúde Paulista, em 1947, recomendou-se que o Serviço de Higiene Buco-Dentária fosse instituído nos centros de saúde do estado. Desde então, o serviço de assistência odontológica no setor público foi organizado institucionalmente, tanto em São Paulo, quanto em outros estados da federação (VASCONCELLOS, 1984 apud NARVAI, 2006). O início do século XX foi marcado pela lógica da modernização e da higienização do espaço urbano, condição que seria fundamental para o combate às epidemias, uma vez que a urbanização trouxe problemas como o saneamento precário e as moradias insalubres que favoreciam o surgimento de doenças. O início da saúde escolar no Brasil remete a essa época e à lógica de cuidado higienista (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Apesar da proposta das ações ter um caráter educativo, os profissionais inseridos faziam uma abordagem individual tal como os dentistas de consultórios particulares. No entanto, eles não conseguiam diagnosticar a população quanto à situação de saúde e, tampouco, utilizavam planejamento ou programação que pudesse considerar a saúde bucal da população no âmbito coletivo. Essa situação começou a mudar em 1952, quando foram implementadas as primeiras ações de odontologia sanitária pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Foram abordados inicialmente municípios do Sudeste, Norte e Nordeste brasileiro. A população escolar era o alvo específico do programa, pois se considerava que os que compunham tal espaço eram epidemiologicamente vulneráveis; porém, sensíveis às intervenções. Assim, os profissionais passaram a planejar e a programar as ações em saúde (NARVAI, 1994).

Ainda na década de 1950, o Serviço Especial de Saúde Pública introduziu a Odontologia Sanitária e o Sistema Incremental Modelo¹, programas que priorizavam os alunos do sistema público, àquela época, de primeiro grau. A abordagem passou a ser em áreas economicamente estratégicas, além de ter um enfoque curativo e reparador. O Sistema Incremental marcou a organização e a programação da assistência odontológica; contudo, ainda excluía a maior parte da

¹ Sistema Incremental era o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país. Surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores. O objetivo de sua programação era tratar as necessidades acumuladas da população definida, até o completo tratamento para posterior controle. Embora tenha sido desenvolvido para ser aplicado em quaisquer populações, tornou-se um exemplo de assistência aos escolares de 6 a 14 anos de idade (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

população quando atendia somente alunos entre 6 e 14 anos. Foi nessa época que algumas ações preventivas se introduziram, tal como a fluoretação das águas (MOYSÉS; GEVAERD, 2002).

Mais tarde, em 1970, instituiu-se a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, modelos que proporcionaram uma mudança nos espaços de trabalho e também a racionalização da prática odontológica. Nesse contexto, ganhava proporção o trabalho a quatro mãos com a incorporação de pessoal auxiliar. Pode-se observar o início da abordagem da comunidade e a sua participação, priorizando ações de caráter educacional e coletiva para a promoção e prevenção da saúde bucal (BRASIL, 2008).

No ano de 1988, debates e esforços foram direcionados para a aprovação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS, deste ponto em diante). Para que a saúde bucal fosse inserida nesse sistema, tomou-se como base o relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizado em 1986, embasado nas diretrizes da área e respeitando as definições cabíveis aos níveis federal, estadual e municipal (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

O Programa Nacional de Saúde Bucal foi, então, elaborado e inserido no SUS, respeitando as suas diretrizes. O Programa atribuía autonomia aos municípios para realizarem o levantamento das necessidades, o planejamento, a execução, o controle e a avaliação dos serviços locais (BRASIL, 1986).

O período era bastante conflituoso e, apesar dos debates políticos no Congresso Nacional, não se conseguia colocar em prática as deliberações da 1ª CNSB. Entre 1988 e 1989, vários programas relacionados à saúde bucal foram criados, tais como: Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de Selantes e Flúor (PNCCSF) e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) (FRAZÃO; NARVAI, 2009). Esses principais acontecimentos, acerca da atuação da odontologia, foram expressos na Figura 1.

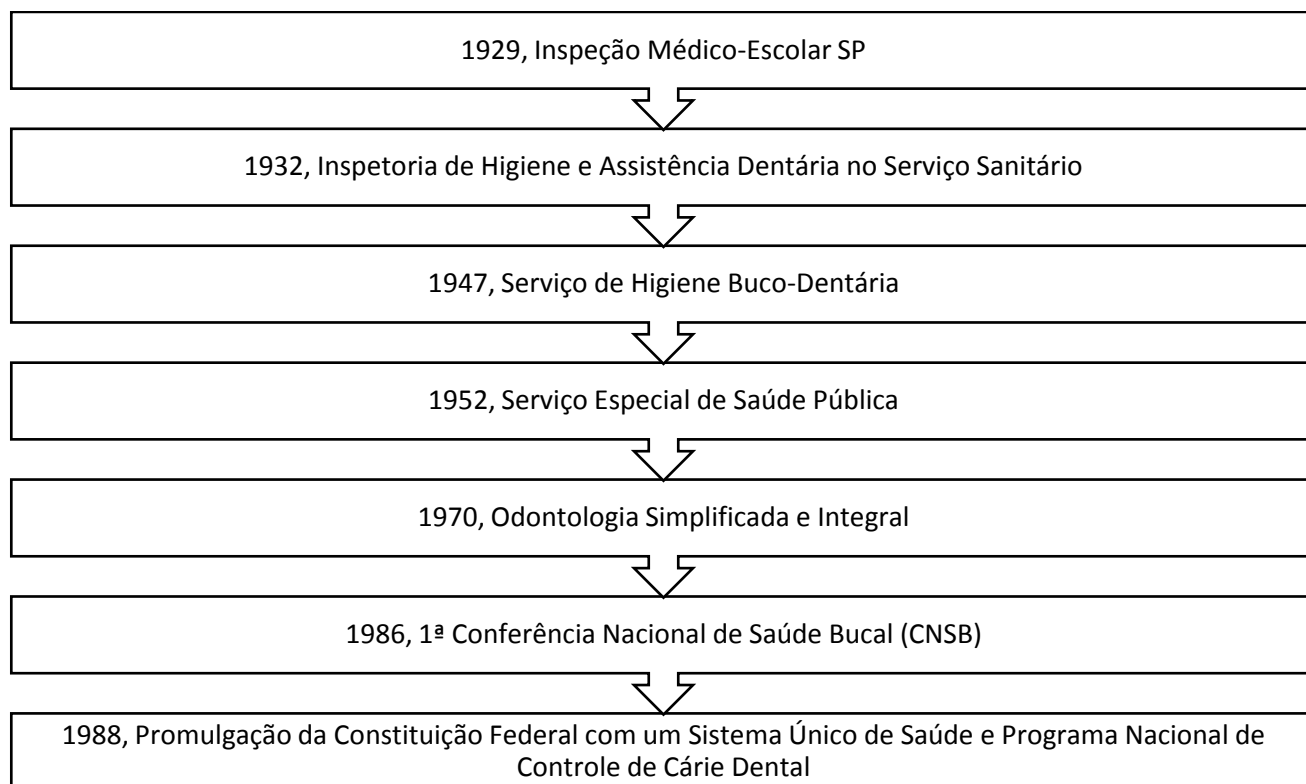


Figura 1: Histórico da assistência odontológica no setor público de saúde no Brasil até 1988

Fonte: Elaborado pelo autor.

A interação da Odontologia com o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 permitiu, dentre outros avanços, a implementação do SUS. Desde então, estratégias que visam a otimizar os serviços públicos de saúde têm sido implementadas; no entanto, as desigualdades nacionais, tais como as culturais, as geográficas e as socioeconômicas, tornam a questão complexa (BORDIN; FADEL, 2012).

Desde a criação do SUS, a saúde bucal foi gradualmente incorporada ao sistema público de saúde. Esse período é um marco de referência para o início do atendimento odontológico em larga escala na rede pública. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade implicaram em reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral. Antes desse momento, as ações se restringiam à fluoretação das águas de abastecimento e não havia uma resposta adequada às necessidades de saúde da população brasileira. O modelo de saúde bucal vigente caracterizava-se por não ter uma coordenação, tratar os indivíduos de forma isolada, atuar de maneira mutiladora e ter um alto custo, ao mesmo tempo que proporcionava um baixo impacto social (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A descentralização é uma das diretrizes do SUS, a qual permite multiplicar os centros de decisões sobre saúde, tanto nos estados quanto nos municípios. Esse movimento ocasionou também reflexos positivos na saúde bucal; não obstante, ainda existem conflitos e contradições em todas as esferas do governo (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A expansão do atendimento odontológico público representa um enorme desafio para a rede de saúde, pois os recursos destinados para esse fim são insuficientes para atender de imediato às necessidades de toda a população. Para enfrentar tal dificuldade, foram eleitas metas prioritárias e estratégias para o direcionamento de recursos. A primeira delas foi o atendimento de crianças, de gestantes e de urgências odontológicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS, doravante) (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Embora o atendimento clínico seja importante e resolva problemas individuais, é insuficiente para produzir saúde bucal em nível populacional, já que para é preciso considerar outros fatores além do biológico. Essa afirmação exige que se considere, além das práticas de avaliação das condições de saúde bucal, a articulação com as ações de educação em saúde e a identificação dos determinantes sociais que interferem na saúde bucal no território comum da escola e da unidade de saúde, de forma que as ações realizadas alcancem a integralidade do cuidado (BRASIL, 2016).

Perfil epidemiológico de Saúde Bucal na Região Sul do Brasil

No Brasil, até o momento, foram realizados quatro grandes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (1986, 1996, 2003, 2010). Os resultados obtidos permitiram construir uma consistente base de dados relacionada ao perfil epidemiológico de saúde bucal dos brasileiros, o que permite planejar e avaliar serviços de saúde.

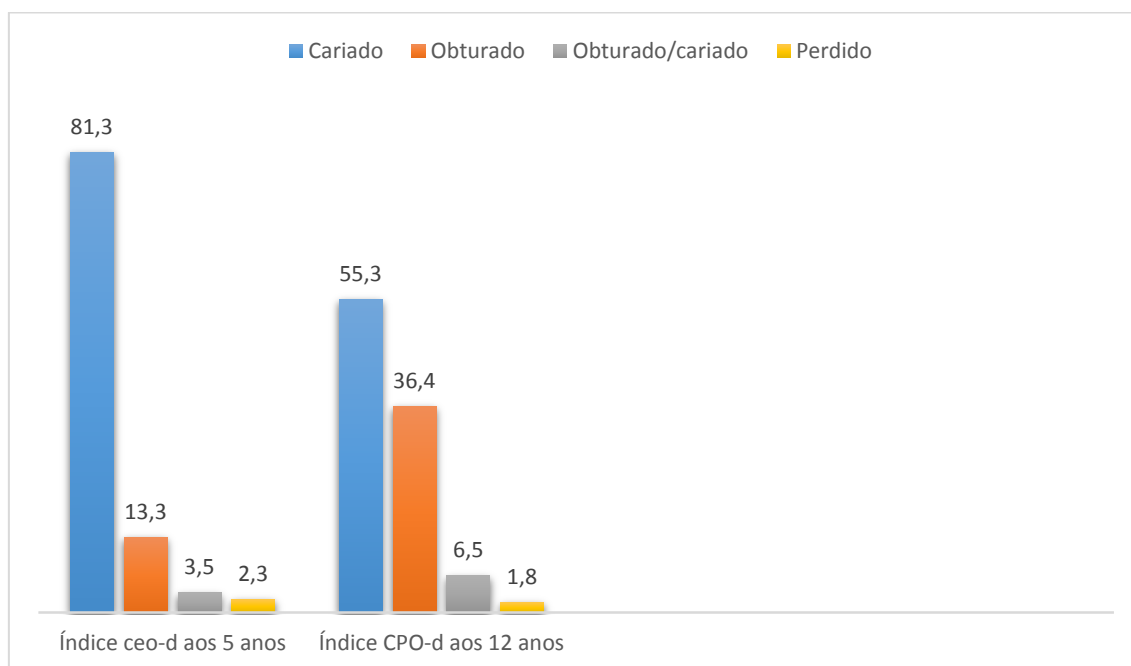
Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, doravante) – Brasil Sorridente, com o objetivo de criar uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS de tal modo que pudesse incluir procedimentos mais complexos e tratamentos integrais na atenção básica. O Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico o Projeto SB Brasil 2003, que

forneceu informações relevantes acerca das condições de saúde bucal da população brasileira, subsidiando o planejamento em saúde. Em 2010, realizou-se o último levantamento epidemiológico em saúde bucal em nível nacional, a partir do qual foi possível estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária para a população de crianças e de adolescentes entre 5 e 12 anos de idade, além de outros grupos etários. Utilizou-se, para tanto, o Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), na população de 12 anos, e o Índice de Dentes Decíduos Cariados, com extração indicada e obturados (CEO-D), em crianças de 5 anos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses dois índices expressam a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Para a idade dos 5 anos, a média nacional obtida foi de 2,43; para os 12 anos, por sua vez, foi o de 2,07. Com base nos dados é possível fazer uma comparação em nível internacional, como destacado no documento Pesquisa Nacional de Saúde Bucal:

Em termos internacionais, úteis para comparações, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o CPO médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares (BRASIL, 2012a, p. 77).

No interior da região Sul, especificamente, o índice foi de 2,56 para a idade de 5 anos e 2,17 para a idade de 12 anos, com predominância do componente cariado, o que demonstra que, para a população nessa faixa etária, o diagnóstico e o tratamento das lesões de cárie, ou seja, a assistência clínica é insuficiente, conforme demonstra o gráfico 1 (BRASIL, 2012a).

Gráfico 1: Índice CEO-D aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos de idade no interior da Região Sul, separados por componentes



Fonte: Elaborado a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais (BRASIL, 2012a).

Na literatura especializada, não há dados sobre isso relativos aos municípios que pertencem à 8ª Regional de Saúde do Paraná e, apesar do Brasil ter demonstrado constante evolução em relação aos índices de cárie com o passar dos anos, a análise dos dados permite demonstrar que o interior da região Sul ainda não atingiu patamares similares às capitais e à média nacional.

Outra pesquisa de ampla abrangência, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015, abordou a temática da saúde bucal por meio de perguntas, as quais tinham como objetivo conhecer os hábitos de escovação dos dentes, os episódios de dor de dente e as visitas ao dentista. Os resultados indicaram piora no perfil geral de saúde bucal de estudantes, quando se compara os resultados de 2009 com os de 2015. Houve uma redução de 4,2% na proporção de escovação e um aumento de 24% de alunos com relato de dor de dente. A frequência anual de visitas ao dentista entre estudantes brasileiros, ainda de acordo com dados da PeNSE 2015, indica que pouco menos de um terço deles (30,3%) não foi a consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2015).

Esses dados demonstram a importância e a necessidade de se buscar

uma política efetiva e que impacte nas condições de saúde bucal da população escolar, uma vez que grande parte das demandas por atendimento odontológico tem como queixa principal a dor de dente causada por cárie e as suas consequências incluem: dor, ansiedade e limitações funcionais, afetando o desempenho escolar e a vida social de crianças e adolescentes. Além disso, as doenças bucais e a higiene bucal insuficiente estão fortemente associadas a algumas doenças crônicas, tais como diabetes e doença cardiovascular. Assim sendo, a manutenção de hábitos saudáveis de higiene bucal, definidos como a frequência diária de escovação dos dentes igual ou superior a duas vezes, é o método mais efetivo de prevenção e controle da cárie dentária e de outras doenças periodontais (PELTZER; PENGPID, 2014).

O hábito de escovação é estabelecido na infância, tendo a família um importante papel na assimilação da prática que, uma vez estabelecida, é de difícil modificação. Desse modo, as intervenções focadas nos pais e nas crianças são fortemente indicadas. Nesse cenário, a escola surge como ambiente potencializador de incorporação de hábitos saudáveis de saúde bucal (WHO, 2016).

Programa Saúde na Escola: um olhar para a saúde bucal

O PSE foi instituído como política pública por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que traz em seus dois primeiros artigos a definição e os objetivos do programa:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE, com 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.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007, p. 1).

Em um primeiro momento, o Decreto nº 6.286/07, em seu art. 3º, envolvia, além da equipe de educação básica, apenas as equipes de saúde da família. De acordo com o documento,

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as **equipes de saúde da família** e da educação básica. (BRASIL, 2007, p. 1, grifos nossos).

Essa proposta inicial limitava a participação dos profissionais da área odontológica, tendo em vista que nem todas as equipes de saúde da família dispunham de profissionais de saúde bucal. Todavia, com a promulgação da Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, redefiniram-se as regras e os critérios para adesão ao PSE, incluindo em seu art. 3º todas as equipes de saúde da Atenção Básica. Nesse momento, abriu-se a possibilidade de maior incorporação de profissionais da saúde bucal atuando no PSE (BRASIL, 2013).

As ações previstas como essenciais no PSE estão compreendidas em três componentes: Componente I - Avaliação das condições de saúde; Componente II - Promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; Componente III - Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação. A figura 2 mostra as ações do cirurgião dentista para esses três componentes.

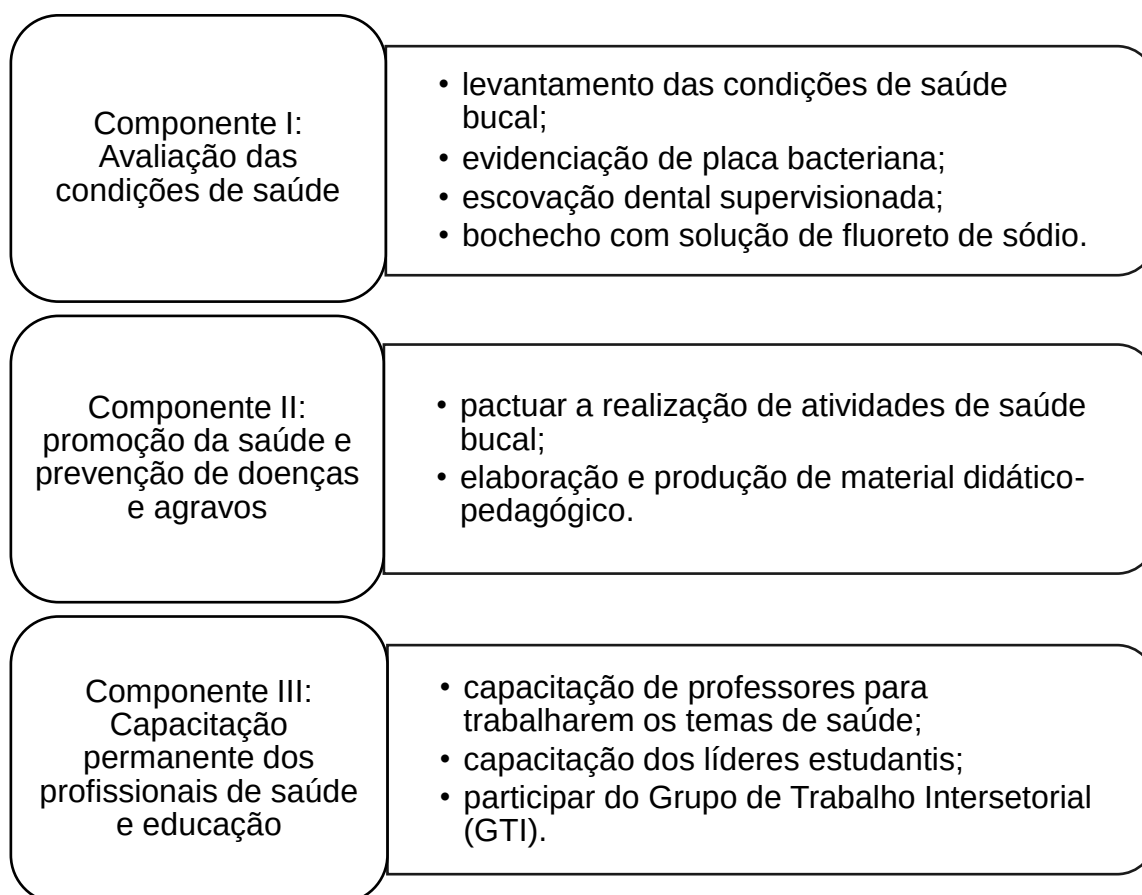


Figura 2: Distribuição dos componentes do PSE e as ações do cirurgião dentista
 Fonte: Baseada no Cadernos de Atenção Básica, n. 24 (BRASIL, 2009).

Para o componente I, a odontologia insere-se realizando o levantamento das condições de saúde bucal diretamente no ambiente escolar. Nesse momento, os estudantes com necessidade de tratamento são identificados e agendados na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em seguida, realiza-se a evidenciação de placa bacteriana, a escovação dental supervisionada e o bochecho com solução de fluoreto de sódio.

No componente II, destacam-se as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, que são: i) participação nas reuniões de planejamento escolar para pactuar a realização de atividades de saúde bucal; e ii) elaboração, produção e utilização de material didático-pedagógico abordando temas que envolvem noções sobre a boca e os dentes, medidas preventivas, placa bacteriana, cárie e doença periodontal e hábitos saudáveis (BRASIL, 2009).

O componente III trata da formação contínua e permanente dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE. É um

compromisso das três esferas do governo. As ações devem contemplar a formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI). O cirurgião dentista deve atuar nesse componente capacitando professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os alunos e capacitando líderes estudantis para serem multiplicadores dos temas de saúde bucal. Além disso, atua junto com a equipe assegurando a oferta de alimentos saudáveis nas cantinas (BRASIL, 2015).

Para auxiliar e direcionar o desenvolvimento das atividades, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, o Caderno de Atenção Básica nº 24 cujo tema é Saúde na Escola. Esse documento propõe a avaliação de saúde bucal como uma das propostas de intervenção no ambiente escolar, o que permite a identificação das necessidades de saúde bucal dos discentes e possibilita o planejamento das ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2009).

No campo da saúde bucal, as diretrizes do PSE consideram a PNSB, a qual aponta para “um novo processo de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 2) cuja meta é a produção do cuidado, incorporando a humanização e estimulando a autonomia em cada usuário. O escopo é utilizar a epidemiologia do território para subsidiar as ações em saúde e acompanhar o impacto das mesmas. Além disso, para se adequar o processo de trabalho ao modelo de atenção ao qual se propõe, é necessário:

- a) Atuar de forma intersetorial, pois as ações de promoção de saúde são mais efetivas quando outras instituições estiverem envolvidas no processo, tais como a escola, a mídia e as organizações não governamentais. Nesse sentido, implica envolver no processo de planejamento os diferentes setores que têm influência na saúde humana (educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social);
- b) Adequar o processo de trabalho em saúde bucal por meio da interdisciplinaridade, tendo em vista que a atuação do cirurgião dentista não deve limitar-se ao trabalho técnico e ao campo biológico, mas sim interagir com outros profissionais a fim de que seu conhecimento seja ampliado e a abordagem ao indivíduo seja como um todo, observando o contexto sociocultural no qual ele vive;

- c) Propor ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para cada usuário individualmente e para o coletivo, colocando em prática o princípio da integralidade (BRASIL, 2004).

O PSE é uma estratégia que prevê a integração e a articulação permanente entre os setores da saúde e da educação, envolvendo a comunidade escolar. É implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizados por meio de termo de compromisso. As ações de saúde previstas envolvem, além de outras, a avaliação da saúde e a higiene bucal. Apresenta, ainda, como diretrizes a intersetorialidade, a integralidade e a promoção de saúde.

Segundo Sousa, Esperidião e Medina (2017), os profissionais que atuam no PSE reconhecem a ideia de trabalho em conjunto e parceria, com intuito de alcançar resultados expressivos em políticas públicas; porém, o conceito de intersetorialidade não está devidamente apropriado por eles.

Para Monnerat e Souza (2009), a intersetorialidade não se trata apenas da justaposição de ações de diferentes setores, mas sim da elaboração de objetivos comuns entre eles e da construção de uma visão ampla dos problemas. Além disso, espaços e mecanismos que favoreçam o diálogo e comunicação entre os setores são importantes, tendo em vista que haverá o encontro de diferentes formas de pensar e disputas de poder até a concretização das ações intersetoriais.

Uma rede que integre diferentes saberes e experiências e a articulação entre pessoas e instituições com objetivo de intervir na realidade local é considerada por Junqueira (2000) como uma estratégia intersetorial. Para tanto, é mister que haja integração e vinculação entre os serviços de saúde e diretrizes políticas.

A integralidade se manifesta não somente por meio da assistência em todos os níveis de atenção como também na ideia de um todo e de assistência integral ao indivíduo, contemplando o vínculo. É necessário considerar o meio em que o indivíduo vive e ao mesmo tempo não perder o foco na pessoa (FREITAS et al., 2010).

Para Mattos (2004), o sentido da integralidade passa pela articulação de ações à nível governamental de alcance preventivo e assistencial, organização dos serviços de saúde e atributos das práticas de saúde. Cabe, portanto, entendê-

la não exclusivamente como atenção individual integral, mas o cumprimento da integralidade enquanto princípio do SUS contemplando ações em todos os níveis de assistência.

No Brasil, as ações de promoção de saúde são abrangentes e podem estar presentes nos espaços dos serviços de saúde e das políticas intersetoriais, sendo, nesse caso, proposta como uma política pública de iniciativa de um governo, direcionadas para indivíduos, grupos populacionais ou a população como um todo, envolvendo um único problema de saúde ou os determinantes sociais da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

No campo da odontologia, as ações de promoção e de proteção da saúde implicam na articulação com todo o sistema de saúde, além de instituições governamentais, de empresas, de associações comunitárias, da população e de seus órgãos de representação. Promover saúde na odontologia tem como finalidade reduzir fatores de risco que ameaçam à saúde humana, podendo gerar incapacidades e doenças. Para sua execução, ganham destaque as ações de natureza educativa e preventiva (BRASIL, 2004).

Atuar na direção da promoção da saúde bucal exige a adoção do conceito ampliado de saúde, que vai além da abordagem técnica da qual a odontologia lança mão, para construir laços com a saúde coletiva. Implica na construção com o setor saúde e os demais setores públicos de:

[...] políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. (BRASIL, 2004, p. 4).

Além desses aspectos, as equipes de saúde devem direcionar esforços com intuito de aumentar a autonomia dos cidadãos, estimulando práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades realizando atividades individuais e coletivas (BRASIL, 2004).

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo foi considerado uma pesquisa exploratória, com enfoque qualitativo e quantitativo. Segundo Triviños (2013), estudos exploratórios permitem ao investigador elevar o nível de experiência e de conhecimento sobre determinado problema. A partir de uma hipótese, o estudo é aprofundado nos limites de uma realidade ou uma população específica e, assim, encontram-se os elementos necessários para obter os resultados que se deseja. Por outro lado, esse tipo de estudo pode servir para levantar possíveis problemas de pesquisa.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), uma pesquisa quantitativa deve traduzir em números as opiniões e as informações para, então, classificá-las e analisá-las. Emprega-se essa abordagem em vários tipos de pesquisa, inclusive na descritiva, quando se busca a relação causa-efeito entre os fenômenos. Ainda, a pesquisa quantitativa é desenvolvida quando se quer compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos.

Por outro lado, como destaca Minayo (2001), a pesquisa qualitativa é utilizada para responder a questões muito particulares. Dentro das ciências sociais, busca-se com esse encaminhamento metodológico esclarecer um aspecto de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de motivos, de significados, de aspirações, de valores, de atitudes e de crenças, os quais correspondem a um espaço mais profundo dos fenômenos, das relações e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Campo da Pesquisa

O estado do Paraná é subdividido em 22 Regionais de Saúde, sendo que este estudo foi realizado na 8ª Regional de Saúde, composta por 27 municípios, dispostos na figura 3, que são: Ampére, Barracão, Bela Vista da Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola D'oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge do Oeste, São Jorge D'oeste e Verê.

A sede da Regional de Saúde está localizada na cidade de Francisco Beltrão. A soma da população dos 27 municípios é 324.178 habitantes, o que representa 3,9% da população total do estado (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, 2018).



Figura 3: Municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do Paraná e sua disposição geográfica
Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná.

Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os cirurgiões dentistas que atuam diretamente no PSE, nos municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde do Paraná. Foram acessados os relatórios dos componentes II e III dos anos de 2014 e 2015, disponíveis no portal do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec), que é utilizado pelos gestores municipais para cadastrar informações acerca do Programa. Nessa consulta, constatou-se quais unidades de saúde dos referidos municípios estavam vinculadas ao PSE. Na sequência, verificou-se, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quais eram cadastrados nessas unidades nos mesmos anos. Além do mais, foi solicitado ao Coordenador de Saúde Bucal de cada município o endereço de e-mail dos cirurgiões dentistas para que, em seguida, fosse enviado o convite de participação e um questionário para coleta dos dados. Apesar disso, 19 endereços não foram acessados, diminuindo o número de convites enviados. O período da coleta foi de 24 de março 2017 até 16 de junho de 2017, totalizando 84 dias corridos, sendo que o questionário ficou disponível para ser respondido por pelo menos 15 dias para cada cirurgião dentista. Os sujeitos do estudo foram definidos pela quantidade de questionários respondidos de forma completa e encaminhados até data limite previamente estipulada, conforme mostra a figura 4.

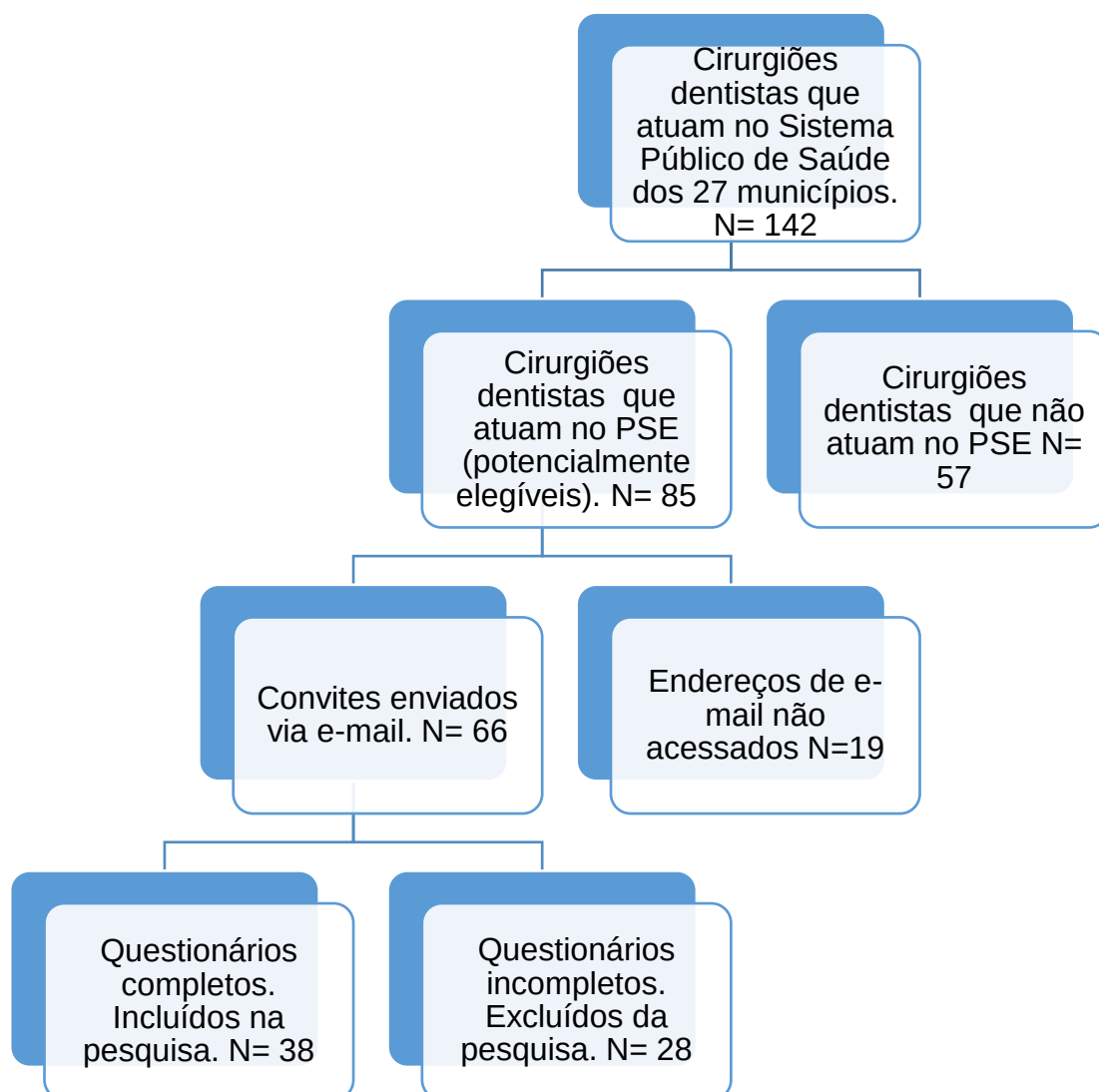


Figura 4: Estratificação do número de sujeitos que compuseram a pesquisa
 Fonte: Elaborado pelo autor.

Coleta de Dados

Um questionário com questões abertas e fechadas foi elaborado considerando as ações previstas para a odontologia na execução do PSE. Ao final da avaliação de cada componente, foram elaboradas as questões descritivas que nortearam a pesquisa qualitativa (Apêndice I). Como roteiro para construção do questionário, foram utilizados os seguintes documentos oficiais: Caderno de atenção básica – Saúde na Escola (BRASIL, 2009), o Passo a Passo do PSE (BRASIL, 2011) e o Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015), os quais relacionam as atividades pertinentes à odontologia nesse programa. Questões abertas foram

formuladas para verificar o envolvimento e a avaliação dos cirurgiões dentistas sobre o PSE. O instrumento de coleta de dados foi enviado eletronicamente.

As formas de interação para a coleta de dados online podem ser síncronas ou assíncronas (FLICK, 2009). No primeiro grupo, o pesquisador e o sujeito pesquisado se “encontram” no ambiente virtual como, por exemplo, em *web* conferências e *skype*. No segundo grupo, o sujeito pesquisado responde à pesquisa, independentemente da presença imediata do pesquisador, o que pode ocorrer em fóruns de discussão, correio eletrônico e blogs. Nesse estudo, utilizou-se um instrumento de coleta de dados online, no formato assíncrono, com uso de ferramenta *Web* e banco de dados. Conforme Andrews, Nonnecke e Preece (2003), essa abordagem é superior ao uso de e-mail tradicional, devido ao controle automatizado do processo. No entanto, o uso de e-mail pode ser combinado, especialmente para o envio de convite direcionado aos participantes da pesquisa.

A pesquisa utilizou a ferramenta LimeSurvey (LIMESURVEY, 2015), em sua versão 2.64, atualizada em março de 2017. Trata-se de um software de uso livre para elaboração, gerenciamento e coleta de dados de questionários online. A primeira versão é de 2003 e atualmente está disponível em cerca de 50 idiomas.

O sistema gerencia o envio de mensagens de e-mail com convites e lembretes para os participantes cadastrados. O envio pode ser disparado manualmente ou, no caso dos lembretes, configurado para ser executado com determinada frequência.

Análise e Interpretação dos Dados

Os dados quantitativos foram sistematizados e distribuídos em quadros, gráficos e tabelas produzidos pela ferramenta de coleta de dados online. Os qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, pela qual é possível “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). A frequência com que as unidades de significado aparecem no discurso define o seu caráter. A análise temática é dividida em três etapas, a saber:

a) Pré-análise: escolha dos documentos, retomada das hipóteses e dos objetivos, reformulando-os frente ao material coletado. Essa etapa é decomposta em leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de hipóteses e objetivos com relação ao material qualitativo. Delimitam-se aqui os recortes, a categorização e os conceitos teóricos que orientaram a análise.

b) Exploração do material: nessa etapa, realizou-se a transformação dos dados brutos, atingindo o núcleo de compreensão do texto;

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: utilizou-se o quadro teórico da pesquisa para realizar inferências e interpretações (MINAYO, 2010).

A análise temática, apesar de ser sistematizada e obedecer a passos regulares, pode extrapolar as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional, trabalhando com significados em lugar de inferências estatísticas (MINAYO, 2010).

As temáticas sistematizadas foram ilustradas com as respostas dos cirurgiões dentistas às questões abertas, que foram numeradas, conforme identificação fornecida pela plataforma, por isso, não estão em uma ordem sequencial. A garantia do sigilo das respostas se deu pela atribuição da letra “O” seguida do número atribuído pela plataforma, no momento das respostas aos questionários, como por exemplo: O22, O34.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012b). Foi enviada uma emenda ao projeto já aprovado com o título: “Análise da implantação do Programa Saúde na Escola em municípios paranaenses”, aprovado conforme Parecer CEP nº 1.134.653 em 25/06/2015, solicitando inclusão da 8ª Regional de Saúde como campo de coleta de dados e os cirurgiões dentistas como sujeitos da pesquisa. A emenda foi aprovada, conforme Parecer CEP nº 1.942.959 de 24 de fevereiro de 2017 (Anexo I).

Nas pesquisas online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice II) é apresentado na primeira folha do instrumento. O seguimento do preenchimento do instrumento de coleta de dados pelos sujeitos do estudo implica no aceite de participação.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, D.; NONNECKE, B.; PREECE, J. Conducting research on the internet: On-line survey design, development and implementation guidelines. **International Journal of Human-Computer interaction**, v. 16, n. 2, p. 185-210, 2003.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI P. C. Políticas de saúde bucal do Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/CO1239.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul. /ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n4/05.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

BORDIN, D.; FADEL C. B. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. **Revista de Odontologia UNESP**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 305-311, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v41n5/a02v41n5.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. _____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. _____. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 11 jul. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. _____. _____. _____. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. _____. _____. _____. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na**

Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

_____. _____. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. _____. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. _____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 27 jul. 2016.

_____. _____. _____. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE. **Promoção da Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

COSTA, F. S.; SILVA, J. L. L.; DINIZ, M. I. G. A importância da interface educação/saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 30-33, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/PS%20no%20ambiente%20escolar.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14419/art_FRAZAO_Saude_bucal_no_sistema_unico_de_saude_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 jul. 2016.

FREITAS, C. A. S. L. et al. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.494-9, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_494-499.pdf> Acesso em: 10 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2015. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

JUNQUEIRA, L.P. Intersectorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, p.6, p.35-45, 2000. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: 14 jul. 2017

LIMESURVEY Project Team/Carsten Schmitz. LimeSurvey: An Open Source survey tool. **LimeSurvey Project Hamburg**, Germany, 2015. Disponível em: <<http://www.limesurvey.org>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

LOPES, L. M. et al. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil - uma revisão de literatura. **RFO UPF [online]**. 2014, v.19, n.2, p. 245-251. ISSN 1413-4012.

MACHADO, M. F. A. S. VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 17, n. 2. Mar/abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf>. Acesso em: 7 maio 2016.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Saúde Pública. Regionais de Saúde. **8ª Regional de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023/683. Acesso em: 30 out. 2016.

MOYSÉS, S. J., GEVAERD, S. P. A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba. In: SILVEIRA-FILHO A.D., DUCCI, L., SIMÃO, M, G., MOYSÉS, S. J., GEVAERD, S. P. (Orgs.). **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES. p. 17-26, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_curitiba.pdf. Acesso em: 8 ago. 2016.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública** v. 40, n. especial, p.141-7, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>. Acesso em: 21 jul. 2016.

NICKEL, D. A.; LIMA F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em odontologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-6, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/01.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

OLIVEIRA, M. A. F. C.; BUENO, S. M. V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 71-81, jul. 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1254/1276>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four southeast asian countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel: Multidisciplinary Digital Publishing Institute - MDPI, v. 11, n. 3, p. 2780-2792, mar. 2014. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/3/2780/htm>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**. [Recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E->

book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

RONCALLI, A. G. CÔRTEZ, M. I. S. PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 58-68, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/07.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2016.

SITYÁ, D. S. et al. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 3, p. 293-296, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v19n3/a05v19n3.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

SOUSA, M. C; ESPERIDIAO, M. A; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1781-1790, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe, 2016. 276 p. (Health policy for children and adolescents, n. 7). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7_Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2016.

RESULTADOS

Os dados sistematizados e analisados foram apresentados em dois artigos científicos, com vistas a responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos da pesquisa:

Artigo científico I: A ODONTOLOGIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ – enviado para a Revista Gaúcha de Odontologia – Qualis Capes **B2** área Interdisciplinar. As normas do periódico encontram-se no Anexo III.

Artigo científico II: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA PERSPECTIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ – a ser enviado à Physis: Revista de Saúde Coletiva – Qualis Capes **B1** área Interdisciplinar. As normas do periódico encontram-se no Anexo IV.

ARTIGO CIENTÍFICO I: A ODONTOLOGIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

ÁREA DA PESQUISA: Saúde coletiva

TÍTULO: A Odontologia e o Programa Saúde na Escola em Municípios do Paraná/
Dentistry and the School Health Program in Municipalities of Paraná

SHORT TITLE: A Odontologia e o Programa Saúde na Escola/ Dentistry and the School Health Program

*Este artigo é baseado em uma dissertação de mestrado com o título: **ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ.**

Foi desenvolvido no programa de Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná nos anos de 2016 e 2017. A defesa ocorreu no mês de fevereiro de 2018. O número de páginas é 112.

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

NOME DOS AUTORES E BIOGRAFIA RESUMIDA:

Gione André Schio

Cirurgião Dentista. Especialista em Saúde Coletiva. Mestrando do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Endereço para correspondência:

Avenida Coronel Henrique Rupp, 657, centro.

São Jorge D'oeste – PR - Brasil. CEP: 85575-000

Tel.: +55 46 9 99371083

E-mail: gioneschio@hotmail.com

Rosa Maria Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada no Curso de Graduação em Enfermagem e no Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste, Campus Cascavel/PR.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Colegiado do Curso de Enfermagem e Mestrado em Biociências e Saúde. Rua Universitária, 1619, Jardim Universitário, Cascavel - PR - Brasil, CEP: 85819-110.

Endereço para correspondência:

Rua Edi Domingos D´allaCosta, 489, Pioneiros Catarinense.

Cascavel - PR - Brasil, CEP: 85805-550.

Luiz Antonio Rodrigues

Bacharel em Informática pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE (2003), mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2006) e doutor em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Paraná - UFPR (2014).

Professor Adjunto do curso de Ciência da Computação do Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas da UNIOESTE, campus de Cascavel.

Endereço para Correspondência:

Prof. Luiz A. Rodrigues

UNIOESTE/Colegiado de Computação

Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário

CEP - 85.819-110 - Cascavel - PR - Brazil

Tel: +55 (45) 3220-7435

Fax: +55 (45) 3220-3252

E-Mail: luiz.rodrigues@unioeste.br

Homepage: <http://www.inf.ufpr.br/~luiz>

RESUMO

Objetivos

Analisar o conhecimento e a atuação de cirurgiões dentistas no Programa saúde na Escola em alguns municípios do Paraná.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido na 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, composta por 27 municípios, tendo como sujeitos 38 (44,7%) cirurgiões dentistas que atuam diretamente no Programa Saúde na Escola pertencentes à 22 municípios. A coleta de dados foi realizada através de questionário online.

Resultados

Dos entrevistados, 27 (71%) não conhecem as diretrizes técnicas e as ações do Programa Saúde na Escola; 36 (95%) não participaram de formação para atuar no Programa; 24 (63%) não participam do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas. A identificação dos educandos com necessidade de cuidado é realizada por 24 (63%) dos profissionais; 12 (31,58%) afirmaram que a saúde bucal está incorporada ao projeto político-pedagógico da escola; e 11 (29%) atuam na capacitação de professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os escolares.

Conclusões

Há aproximações parciais dos cirurgiões dentistas ao Programa Saúde na Escola; as atividades que são desenvolvidas com maior frequência concentram-se no Componente I (avaliação clínica), proporcionando aos educandos o diagnóstico e o tratamento das doenças bucais. Não há definição clara de metas, de objetivos e de planejamento que possam orientar o trabalho do cirurgião dentista.

Termos de indexação: Saúde Bucal, Saúde Escolar, Promoção da saúde.

ABSTRACT

Objective

Investigate how dentists act in the School Health Program, analyzing their knowledge about the program and identifying which recommended actions are taken.

Methods

This is an exploratory study with a quantitative approach developed in 8th Paraná Health District, made up of 27 municipalities, having as subjects dentists who work directly in the School Health Program. The data collection was performed through a questionnaire answered by 38 dentists

Results

Of those interviewed, 27 (71%) do not know the technical guidelines and actions of the School Health Program. 36 (95%) did not participate in training to act in the Program. 24 (63%) did not participate in the planning, monitoring and evaluation of the actions developed. The identification of students with care needs is performed by 24 (63%) of the professionals. 12 (31.58%) stated that oral health is incorporated into the school's political-pedagogical project. 11 (29%) act in the training of teachers to work on oral health issues with schoolchildren.

Conclusion

There are incipient approximations of dentists to the School Health Program; the activities that are developed more frequently concentrate on Component I (clinical evaluation), providing the students with the diagnosis and treatment of oral diseases. There is no clear definition of goals, objectives and planning to guide the work.

Indexing terms: Oral Health, School Health, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Adentrar no ambiente escolar requer partir de uma concepção

ampliada do processo de viver e de adoecer que leve em conta os determinantes da saúde, e que possam provocar algum impacto sobre as condições de desigualdade social, pelo investimento na participação das pessoas na busca do empoderamento de indivíduos e de grupos¹.

A possibilidade de uma escola que forme cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade motivou o início do Programa Saúde na Escola (PSE). Fruto de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, instituído em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, o PSE está pautado na intersetorialidade, integralidade e promoção de saúde². A equipe de Saúde Bucal insere-se no PSE com o objetivo de desenvolver ações coletivas de educação e de prevenção, além de avaliação do estado de saúde bucal e de realização das intervenções necessárias³.

As ações do Programa distribuem-se em três componentes: o componente I – Avaliação clínica e Psicossocial; o componente II – Promoção e Prevenção à Saúde; e o componente III – Formação. Os profissionais de saúde atuam em todos os componentes. Entretanto, ações específicas de cada profissional estão definidas no componente I, para o qual a odontologia contribui desenvolvendo as atividades da linha de ação saúde bucal cujo objetivo é avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar aqueles com necessidades de cuidado³.

A intersecção entre os setores da saúde e da educação exige o compartilhamento dos dois campos, mediante à atuação dos profissionais dos dois setores, dentre eles, os cirurgiões dentistas para atuar nas ações específicas da saúde bucal dos escolares. A saúde bucal deve ser compreendida como parte constituinte e inseparável da saúde geral do indivíduo e, nesse sentido, os programas de saúde bucal, com ações educativas e/ou cirúrgico restauradoras, são essenciais para aumentar a qualidade de vida da população de forma geral e, em particular, das crianças e dos adolescentes em idade escolar⁴.

Tendo em vista a importância dos programas escolares de saúde bucal como forma de atuação na área educativa, preventiva e de recuperação da saúde, além da escassez de estudos associando a prática do cirurgião dentista no PSE, considerou-se importante pesquisar de que forma ocorre a atuação do desse profissional no Programa.

O objetivo deste estudo, então, foi o de analisar a inserção e a atuação dos cirurgiões dentistas no PSE em municípios que compõem a 8ª Regional de

Saúde do Paraná, verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas acerca do PSE e identificar quais ações preconizadas no componente I, II e III do PSE são executadas por eles nos municípios pesquisados.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido na 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, composta por 27 municípios, tendo como sujeitos cirurgiões dentistas que atuam diretamente no PSE. Os sujeitos foram localizados por meio dos relatórios dos componentes II e III dos anos de 2014 e 2015 disponíveis online no portal do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec), utilizado pelos gestores municipais para cadastrar informações acerca do Programa. Nessa consulta, identificaram-se as unidades de saúde vinculadas ao PSE, a partir das quais se verificou, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os Cirurgiões dentistas nelas cadastrados nos mesmos anos. Foram elegíveis para o estudo 85 cirurgiões dentistas. O primeiro contato se deu via telefonema na unidade de saúde, redes sociais e solicitação ao Coordenador de Saúde Bucal municipal. Apesar disso, 19 endereços de e-mails não foram disponibilizados para envio do convite de participação e do questionário para coleta de dados. Considerou-se como critério de inclusão os questionários respondidos de forma completa, sendo excluídos os que responderam parcialmente. Foram enviados 66 convites, tendo como retorno 38 completamente preenchidos e incluídos no estudo, os quais atuam em 22 municípios (Figura 1). Não houve nenhum questionário respondido de forma completa em 5 (18,5%) municípios.

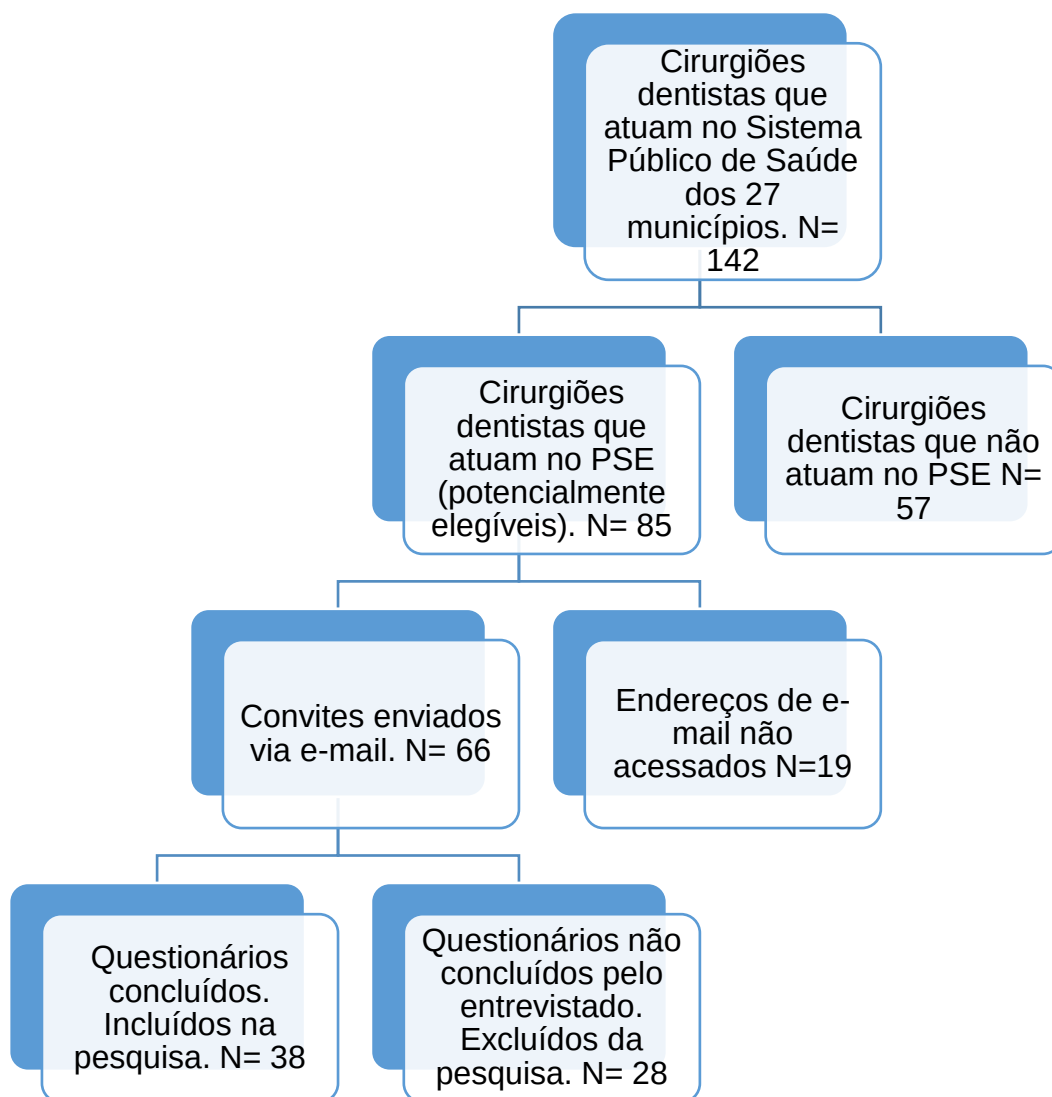


Figura 1: Estratificação do número de sujeitos que compuseram a pesquisa
 Fonte: Elaborado pelos autores.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário elaborado, considerando as ações previstas para os cirurgiões dentistas acerca do programa, as suas diretrizes e metas pactuadas e o termo de compromisso, disponíveis nos documentos ministeriais: Caderno de atenção básica Saúde na Escola⁵; Passo a Passo do PSE⁶ e o Caderno do Gestor do PSE³. Após a elaboração, o questionário foi submetido a um pré-teste em um estudo piloto no qual foram eliminadas áreas de potencial confusão.

O instrumento de coleta de dados online previa o formato assíncrono com uso de ferramenta *Web* e banco de dados. Conforme Andrews, Nonnecke e Preece⁷ (2003), essa abordagem é superior ao uso do e-mail tradicional, devido ao controle automatizado do processo. No entanto, o uso do e-mail pode ser

combinado, especialmente para o envio de convite direcionado aos participantes da pesquisa. Utilizou-se também a ferramenta LimeSurvey⁸, em sua versão 2.64, atualizada em março de 2007. Trata-se de um *software* de uso livre para elaboração, gerenciamento e coleta de dados de questionários online. O sistema gerencia o envio de mensagens de e-mail com convites e lembretes para os participantes cadastrados. Esse instrumento ficou disponível para ser respondido por pelo menos 15 dias para cada Cirurgião dentista.

Os dados foram sistematizados e distribuídos em gráficos, quadros e tabelas, produzidos pela ferramenta de coleta de dados online. Os indivíduos foram caracterizados quanto à função que exercem, ao tempo que atuam na UBS/ESF e ao tipo de pós-graduação que cursaram. As respostas relacionadas ao funcionamento do programa e às atividades que desenvolvem foram agrupadas em uma única tabela, proporcionando uma visão geral dos resultados. Os dados foram analisados à luz do referencial teórico pesquisado sobre o tema.

A pesquisa foi aprovada conforme Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.942.959, de 24 de fevereiro de 2017. Nas pesquisas online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado na primeira folha do instrumento de coleta de dados. O seguimento do preenchimento do instrumento implicava no aceite de participação.

RESULTADOS

Foram obtidos 38 (57,5%) questionários finalizados de um total de 66 convites enviados. Entende-se por questionário finalizado aquele que os Cirurgiões dentistas concluíram o preenchimento e clicaram em finalizar. Dos 27 municípios incluídos, em 5 (18,5%) deles não houve nenhum questionário respondido de forma completa. O tempo médio de resposta foi de 15 minutos.

Dentre as funções exercidas por eles, 15 (39,47%) atuavam como cirurgiões dentistas e coordenadores de saúde bucal, 17 (44,74%) como cirurgiões dentistas de ESF e 6 (15,79%) como cirurgiões dentistas em Unidades Básicas de Saúde tradicionais. A maioria, 33 deles (86,84%), cursou alguma pós-graduação, desses, 24 (63,16%) realizaram curso de atualização, com maior frequência para os de Endodontia, de Cirurgia e de Estética. O mesmo número informou ter realizado especialização com maior ocorrência para os cursos de Ortodontia e Endodontia.

Dentre eles, 4 (16,67%) se especializaram na área de saúde pública, 2 (5,26%) cursaram o mestrado e nenhum cursou o doutorado ou residência.

O tempo de atuação dos cirurgiões dentistas na UBS/ESF teve a maior frequência observada na faixa acima de 5 anos, somando 23 (60,53%). Os que atuavam na faixa entre 1 e 4 anos eram 14 (36,84%), e com tempo menor de 1 ano apenas 1 (2,63%) profissional.

Sobre a participação na elaboração e na produção de material didático-pedagógico contemplando temas de saúde bucal, tais como a boca e os dentes, medidas preventivas, placa bacteriana, cárie, doença periodontal e hábitos saudáveis, 19 (50%) responderam que não participam.

O PSE prevê ações estratégicas de promoção de saúde e de prevenção de agravos no ambiente escolar, sendo que a maioria dos entrevistados, 28 (74%), afirmou que realiza essas ações e 10 (26%) não realizam. As respostas para o tipo de atividades desenvolvidas incluem: palestras, orientações individuais, teatro/dramatizações, oficinas, demonstração e gincanas, destacando-se dentre elas as palestras que foram citadas por 26 (68,42%) dos cirurgiões dentistas e as orientações individuais citadas por 23 (60,53%) deles. Dentre as respostas das questões abertas, foi possível observar que os cirurgiões dentistas desenvolvem outras atividades relacionadas à prevenção, tais como campanhas anuais de saúde bucal, convites e reuniões com os pais, vídeos explicativos e evidenciação de placa bacteriana.

Os dados relacionados ao funcionamento do programa e à realização das atividades dos seus componentes estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1

Respostas relacionadas ao funcionamento do programa e à realização das atividades dos componentes I, II e III pelos Cirurgiões dentistas que atuam no PSE na 8ª Regional de Saúde do Paraná.

Questão/Atividade	Sim	Não	Não soube responder
FUNCIONAMENTO DO PSE			
Conhece o projeto municipal pactuado para o desenvolvimento do PSE?	19 (50%)	19 (50%)	0
Conhece as diretrizes técnicas e as ações do PSE, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286?	11 (29%)	27 (71%)	0
As secretarias da saúde e da educação assinaram termo de	11 (28,95%)	1 (2,63%)	26 (68,42%)

compromisso com metas pactuadas?

Participa do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas no PSE?	14 (37%)	24 (63%)	0
O município tem o GTI?	15 (39,47%)	7 (18,42%)	16 (42,11%)

AVALIAÇÃO DO COMPONENTE I

Identifica os educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal uma vez ao ano?	24 (63,16%)	14 (36,84%)	0
Agenda os identificados na UBS/ESF para a realização das intervenções necessárias?	22 (57,90%)	2 (5,26%)	0
Realiza Aplicação Tópica de Flúor (ATF) de acordo com critério estabelecido para cada necessidade?	19 (50%)	19 (50%)	0
Realiza Escovação Dental Supervisionada pelo menos duas vezes ao ano (direta), como atividade do PSE?	28 (73,68%)	10 (26,32%)	0

AVALIAÇÃO DO COMPONENTE II

Participa da elaboração e da produção de material didático-pedagógico?	19 (50%)	19 (50%)	0
Realiza atividades de prevenção de agravos no ambiente escolar?	28 (74%)	10 (26%)	0
Atua na capacitação de professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os alunos?	11 (29%)	27 (71%)	0
Atua na capacitação de líderes estudantis para serem multiplicadores dos temas de saúde bucal?	2 (5%)	36 (95%)	0
Atua no desenvolvimento de uma política de ambiente saudável nas escolas?	9 (24%)	29 (76%)	0
Participa das reuniões de planejamento da escola para definir a realização de atividades de saúde bucal?	26 (68%)	12 (32%)	0
A saúde bucal está incorporada ao projeto pedagógico da escola?	12 (31,58%)	2 (5,26%)	24 (63,16%)

AVALIAÇÃO DO COMPONENTE III

Participa das atividades de educação permanente em saúde?	15 (39%)	23 (61%).	0
Participa de formação (EaD) voltada para profissionais da saúde e da educação?	0 (0,00%)	38 (100%)	0
Participa de ações de formação para atuar no PSE?	2 (5%)	36 (95%)	0

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

DISCUSSÃO

Ao considerar a formação continuada dos participantes da pesquisa, é possível observar que uma pequena parcela deles buscou cursos que contemplam áreas da saúde coletiva e saúde da família. As outras especializações dizem respeito ao atendimento clínico concentrado em procedimentos técnicos reabilitadores/reparadores, mas sem ênfase às ações de promoção e de prevenção da saúde. Esse processo distancia os profissionais do atendimento generalista, o

qual é uma necessidade do SUS, gerando implicações para os escolares que deveriam ser beneficiados com a implementação do Programa. Soma-se ao contexto o fato de que eles não têm preparo para realizar uma abordagem coletiva de problemas de saúde, tornando o resultado de suas ações reduzido e com baixo impacto na comunidade.

Embora o atendimento clínico seja importante e resolva problemas individuais, torna-se insuficiente para produzir saúde bucal em nível populacional, já que para este fim é necessário considerar outros fatores além do biológico. Outros serviços incluem atenção a grupos com necessidades diferenciadas, levantamentos epidemiológicos, atuação na comunidade com ações preventivas e de educação em saúde, contribuindo, de forma eficiente, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal⁹.

Um estudo desenvolvido por Cavalcanti et al.¹⁰ (2012) avaliou o impacto do trabalho dos cirurgiões dentistas na atenção básica do município de João Pessoa, na Paraíba. Observou-se que sua eficácia é definida basicamente como a realização de procedimentos clínicos e a satisfação do usuário. Os pesquisadores observaram que entre os cirurgiões dentistas não há um conceito definido de Planejamento em Saúde Bucal e que esse ocorre baseado na demanda dos usuários. Para eles, é necessário qualificar os recursos humanos do município pesquisado para incitar mudanças nas práticas assistenciais.

A atuação na saúde escolar pode ser estimulada pelas experiências de formação em ambientes coletivos de cuidado. Toassi et al.¹¹ (2013) avaliaram a importância do estágio curricular nos serviços de atenção primária em saúde para a formação de cirurgiões dentistas. Mostraram que, ao desenvolver os estágios, os estudantes podem ser estimulados pelo estabelecimento de vínculos, trabalho em equipe, autonomia na resolução de problemas, aprendizagens sobre funcionamento dos serviços de saúde, cuidado em saúde e desenvolvimento de trabalho eficaz em ambientes onde convivem diversas culturas.

Quando questionados a respeito do funcionamento do Programa, os Cirurgiões dentistas que participaram deste estudo afirmaram em sua maioria não conhecer o projeto municipal, as diretrizes técnicas e ações e as metas pactuadas no termo de compromisso para o desenvolvimento do mesmo. Dentre os 15 que exercem a função de coordenador de saúde bucal municipal, 5 (33,3%) não conhecem o projeto. Esse dado revela que gestores da saúde bucal podem estar

atuando desarticulados da gestão municipal da saúde. A implementação das ações é pactuada por meio de metas, as quais devem estar descritas no termo de compromisso assinado pelas Secretarias de Educação e de Saúde. Os resultados mostram que grande parte não participou do planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Constata-se que os cirurgiões dentistas podem não estar familiarizados com as diretrizes do programa, o que compromete a sua execução, bem como os resultados almejados. Nesse ponto, observa-se que a execução do programa depende de adequada gestão para que os recursos financeiros ora aplicados sejam executados de maneira a garantir o máximo resultado.

Bastos, Soratto e Sônego¹² (2013) evidenciaram as consequências da ausência do planejamento estratégico das equipes de saúde bucal em um município do Estado de Santa Catarina. Os resultados revelaram que as equipes não realizam o planejamento das ações e que os cirurgiões dentistas não estão integrados aos demais membros da equipe. A ausência do planejamento e da avaliação das ações distancia a prática profissional do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, além de limitar a parcela da população coberta pelas equipes de saúde. Na prática, observam-se profissionais desmotivados para atuar no serviço público de maneira coletiva e preventiva, uma vez que o resultado do seu trabalho não é mensurado sem o planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

A intersetorialidade, uma das diretrizes do PSE, prevê que não somente as ações sejam executadas nesse sentido, mas também a gestão seja intersetorial com o objetivo de promover atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. Nesse contexto, os resultados apontam para um percentual expressivo de cirurgiões dentistas que não participam do Grupo de Trabalho Intersetorial² (GTI) ou que não o conhecem.

Moretti et al.¹³ (2010) exploraram as ações intersetoriais realizadas pelas equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde de Curitiba-PR. Os resultados demonstraram que o modelo de atenção parece influenciar nas ações intersetoriais, pois apenas 8,6% das equipes das UBS realizam ações intersetoriais, enquanto nas ESF 40% realizam tais ações. Quando se identificaram os parceiros das equipes de saúde, o setor educação apareceu em 94,1% das respostas. Com

² O Grupo de Trabalho Intersetorial é composto por representantes da saúde e educação, ao nível federal, estadual e municipal. É responsável pela gestão do Programa, definição de metas, planejamento, execução dos recursos financeiros e cobertura das ações (BRASIL, 2015).

relação à percepção dos gestores, foi possível observar que o conceito de intersectorialidade é confundido com interdisciplinaridade. Ficou claro nas falas a inserção histórica da odontologia na escola e a diferença das ações realizadas em UBS e ESF. Outro fator importante citado pelos gestores foi o perfil do profissional, sendo esse importante para o desenvolvimento de ações desta natureza. Tal fato reforça a necessidade da formação profissional voltada para o serviço de saúde. O estudo deixa claro que o conceito de intersectorialidade precisa ser inserido na rotina dos gestores e trabalhadores; as ações ainda são um desafio, mas é uma prática possível. Para que as ações intersectoriais tragam resultados positivos para a saúde da população, é preciso estimular a educação continuada dos profissionais, além da criação de políticas que articulem os setores governamentais e não governamentais.

No que se refere ao Componente I, algumas ações específicas para desenvolvimento pela odontologia são preconizadas pelo Caderno Passo a Passo do PSE⁶, tais como a identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal uma vez ao ano e o agendamento daqueles que necessitam para a realização das intervenções necessárias no UBS/ESF. As respostas mostraram que as ações estão sendo desenvolvidas por pouco mais da metade dos profissionais. Desse processo observa-se que o PSE tem levado ao diagnóstico e dado acesso ao tratamento odontológico, ainda que não na totalidade; tem sido uma estratégia de prevenção em saúde bucal, contrapondo-se ao modelo histórico de atenção à saúde bucal limitado ao espaço físico do consultório.

Os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil em 2003 e 2010, respectivamente, confirmam a tendência de declínio da cárie dentária da população de 12 anos; entretanto, esse declínio não se mantém durante a adolescência, além de persistirem as desigualdades regionais¹⁴. No interior da região Sul, especificamente, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-d) no levantamento feito em 2010 foi de 2,56 para a idade de 5 anos e 2,17 para a idade de 12 anos, com predominância do componente cariado, o que demonstra que para a população nesta faixa etária o diagnóstico e tratamento das lesões de cárie, ou seja, a assistência clínica, é insuficiente¹⁵.

A aplicação tópica de flúor, uma das atividades pertinentes à odontologia e inserida no componente I do PSE, é realizada com critério por metade dos entrevistados. Em 2010, Carvalho et al.¹⁶ realizaram uma revisão sistemática sobre o uso de vernizes fluoretados (um dos tipos da aplicação tópica do flúor) na

redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares. O resultado da revisão sugere que esse procedimento reduz a incidência de cárie; porém, os estudos analisados não proporcionam evidência científica conclusiva a esse respeito. Além disso, não há concordância no que diz respeito à periodicidade e à necessidade dessa intervenção, portanto é necessário primeiramente conhecer a realidade local.

A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) demonstrou piora no perfil geral dos estudantes no período de 2009 a 2015, com redução na proporção de escovação e o aumento no percentual de alunos com relato de dor de dente¹⁷. Além disso, as doenças bucais e a higiene bucal insuficiente podem influenciar as doenças sistêmicas, tal como o controle metabólico do diabetes¹⁸.

A escovação dental supervisionada é realizada pela maioria dos profissionais que responderam ao questionário. É de conhecimento científico que essa ação é um meio eficaz na prevenção de doenças bucais. Silveira, Oliveira e Padilha¹⁹ (2002) realizaram estudo com objetivo de avaliar, em um coletivo de 42 crianças de 4 a 13 anos, a eficácia de um programa de educação em saúde bucal, o qual conta com escovação dental supervisionada e orientação de dieta. Verificaram, ao final de um ciclo de seis meses, que houve redução significativa de placa visível e do sangramento gengival (fatores que indicam higiene dental precária), mostrando-se um método eficaz. No artigo, os autores destacam que um programa de assistência odontológica não deve apenas limitar-se às atividades curativas, mas sim trazer ações educativas inseridas no contexto de promoção de saúde.

Outro estudo realizado por Frazão²⁰ (2012) avaliou-se o custo-efetividade da escovação dental supervisionada, destacando a importância destes estudos para subsidiar gestores do SUS. Concluiu, então, que um incremento financeiro de cerca de 20% nessa atividade, aumentando sua frequência de 4 para 5 vezes ao ano e orientando o pessoal auxiliar em odontologia por meio de protocolos de escovação direta poderia tornar ainda mais efetiva essa atividade coletiva.

As ações do componente II (promoção da saúde e prevenção de agravos) têm como objetivo proporcionar aos estudantes escolhas favoráveis, tornando-se protagonistas do processo de produção da própria saúde e melhorando a qualidade de vida⁶.

Observa-se neste estudo a predominância das estratégias tradicionais de interação com os escolares para o desenvolvimento das ações de educação em

saúde, representadas pelas palestras. Há poucas iniciativas de inovação nesse sentido, o que poderia despertar o interesse por parte dos educandos. Contudo, despontam em menor frequência estratégias novas como o teatro e a demonstração, as quais tiveram sua eficácia comprovada por Rampaso et al.²¹ (2011). Os autores descrevem uma estratégia de ensino em que utilizaram a atividade lúdica para auxiliar na promoção de saúde bucal de crianças entre 3 e 4 anos de idade em uma creche de São Paulo, por meio do teatro de fantoche. Essa estratégia didática o aprendizado por meio da descontração, tornando possível representar situações ou problemas por meio do faz-de-conta. Foram inseridos temas como cárie dentária, uso do fio dental, técnica de escovação, visita ao dentista e alimentação saudável. Percebeu-se que essas atividades atraem e motivam a criança a participar espontaneamente, aproximando-as das dificuldades vividas pelos personagens e assimilando o conteúdo. Por fim, deixam de ser passivas no processo de aprendizagem.

O desenvolvimento de uma política de ambiente saudável nas escolas, assegurando a oferta de alimentos saudáveis nas cantinas e propondo política de restrição ao uso de tabaco, álcool e outras drogas faz parte das atividades da equipe de saúde enquanto estão atuando no PSE. Entretanto, a maioria dos entrevistados, não realiza essas atividades. Santos et al.²² (2010) realizaram estudo para avaliar a frequência dos hábitos de tabagismo e etilismo em pacientes acometidos pelo câncer bucal e orofaringe. Concluíram que a maioria deles apresentava um histórico de consumo destas substâncias, com maior frequência para o sexo masculino. Os principais fatores etiológicos para o câncer de boca são o etilismo e o tabagismo; portanto, a necessidade de realizar ações de promoção de saúde incluindo estes temas nos debates com a comunidade escolar.

As temáticas em saúde a serem trabalhadas devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente pelos profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. No entanto, uma lacuna ficou evidente na capacitação de professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os escolares, tendo em vista que a maioria dos cirurgiões dentistas entrevistados afirmaram não desenvolver esta atividade. Em estudo realizado por Arcieri et al.²³ (2013) com 164 professores de escolas estaduais e municipais, demonstrou-se que a maioria (84,5%) recebeu alguma informação a respeito dos cuidados para a manutenção da saúde bucal e

que para (64,5%) essa informação foi repassada principalmente pelo cirurgião dentista. Os professores reconhecem nesse profissional uma importante fonte de informações, apesar de não existir uma integração formal entre as duas profissões. Outros temas como placa bacteriana, tártaro, mancha no dente e flúor foram perguntados e as respostas demonstraram que os professores têm um conhecimento limitado acerca do assunto. Como consequência, não os abordam em sala de aula com segurança. Observou-se a importância de incluir os educadores nos programas educativos-preventivos em saúde bucal, dada sua influência nas mudanças de hábitos dos alunos.

O projeto político-pedagógico (PPP) escolar deve contemplar as ações do PSE em todas as suas dimensões, considerando o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios. A escola deve funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas façam parte do projeto político-pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, à dos educandos⁶. Grande parcela dos entrevistados afirmou não participar das reuniões de planejamento da escola para definir a realização de atividades de saúde bucal, reforçando que o modelo de atenção à saúde bucal proposto pelo PSE não foi colocado em prática pelos dentistas. Além disso, quando perguntados se a saúde bucal está incorporada ao projeto pedagógico de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola, sobre temas referentes à saúde, envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores), foi possível observar o desconhecimento a respeito dessa informação. Em pesquisa realizada por Souza et al.²⁴ (2015), notou-se o interesse das mães na incorporação do tema saúde bucal no PPP, sendo que, dessa maneira, as crianças tiveram acesso a conteúdos específicos, proporcionando maior conhecimento sobre o assunto e estimulando o autocuidado. Os cuidadores relataram que, após os temas terem sido trabalhados em ambiente escolar, houve melhoria da qualidade de vida dos seus filhos. Além disso, poderiam multiplicar as informações com os demais membros da família, tendo em vista que, dentre as estratégias do PSE está inserida a formação de jovens protagonistas, valorizando-os na defesa dos direitos à saúde e fortalecendo os debates e a participação juvenil. Essa formação é de responsabilidade das equipes da saúde e da educação; no entanto, dos 38 entrevistados, apenas 2 afirmam participar desta atividade.

O componente III trata diretamente da formação dos gestores e das

equipes da educação e da saúde por meio da realização de atividades de educação permanente relacionadas aos temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e promoção da saúde; porém, essa atividade não tem acontecido na realidade estudada. É papel das ESF atuar de maneira ativa nos processos de educação permanente em saúde dos professores, funcionários, pais e estudantes, aprimorando as ações²⁵.

O Caderno do Gestor do PSE³ orienta sobre a educação à distância (EaD) voltada para profissionais da saúde e da educação, a qual deve estar prevista na formação para atuação no PSE, abrangendo as suas temáticas e realizada em parceria com universidades, órgãos do governo e agências das Nações Unidas. Todos os entrevistados afirmam não participar deste tipo de formação. Poucos passaram por algum curso ou qualificação para atuar no PSE.

Observa-se na realidade da 8ª Regional de Saúde do Paraná que a educação permanente e continuada não tem avançado, dificultando a qualificação da assistência e impedindo a efetivação de políticas de saúde com foco no coletivo.

CONCLUSÃO

O estudo constatou que há aproximações parciais dos cirurgiões dentistas ao Programa Saúde na Escola. As atividades que são desenvolvidas com maior frequência concentram-se no Componente I (avaliação clínica), proporcionando aos educandos o diagnóstico e o tratamento das doenças bucais; mesmo assim, alguns profissionais não dão resolutividade aos casos identificados, o que compromete a integralidade do cuidado em saúde bucal.

Ademais, verificou-se que não há definição clara de metas, de objetivos e de planejamento que possam guiar o trabalho, as quais poderiam ser pactuadas coletivamente através do fortalecimento da intersetorialidade. Observou-se que os cirurgiões dentistas estão distanciados das ações coletivas que estão acontecendo através do PSE, pois não estão inseridos nos momentos de pactuação coletiva. As práticas intersetoriais não fazem parte da rotina dos profissionais, sendo consideradas um desafio a ser enfrentado.

As consequências são o comprometimento da integralidade, da intersetorialidade e da promoção da saúde, principais diretrizes do programa. Essa última pouco evidenciada nas respostas dos cirurgiões dentistas. O programa

proporciona aos cirurgiões dentistas uma atuação muito mais ampla do que a prática tradicional de ações de prevenção (aplicação tópica de flúor e escovação dental supervisionada); contudo, isso não é explorado por todos os sujeitos pesquisados, o que pode indicar que o programa precisa agregar a odontologia em todos os municípios da regional estudada.

As limitações do estudo dizem respeito a não abrangência de todos os cirurgiões dentistas que atuam no PSE nos municípios pesquisados e a ausência de dados qualitativos, que serão apresentados em estudo posterior.

REFERÊNCIAS

- 1 CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre. 2015, ago./dez, 14(2):387-402. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.2.21728>.
- 2 BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 06 dez. 2007. [citado em 2016 jul 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília 2015. [citado em 2016 jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
- 4 SITYÁ, D. S et al. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. **RFO UPF**, set./dez 2014, 19(3):293-296. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v19i3.3943>
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**. Saúde na escola. Brasília 2009. 96 p. [citado em 2016 jul 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília 2011. 46p. [citado em 2016 jul 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf.
- 7 ANDREWS, D.; NONNECKE, B.; PREECE, J. Conducting research on the internet: On-line survey design, development and implementation guidelines. **International Journal of Human-Computer interaction**. 2003;16(2):185-210. [citado 2017 Mar 20]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.91.4972&rep=rep1&type=pdf>

pdf.>.

8 LIMESURVEY. Project Team/Carsten Schmitz. LimeSurvey: An Open Source survey tool. **LimeSurvey Project Hamburg**, Germany, 2015. [citado em: 2017 jul 11]. Disponível em: <<http://www.limesurvey.org>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

9 FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Revista Saúde debate**, Londrina, jan./abr 2009, 33(81):64-71. [citado em: 2016 jul 22]. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772008>>

10 CAVALCANTI, Y. W. et al. Planejamento em saúde bucal no município de João Pessoa, Estado da Paraíba: o cirurgião dentista enquanto protagonista da atenção básica. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, jul-dez 2012, 34(2):221-225. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v34i2.10576

11 TOASSI RFC. et al. O ensino nos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação de profissionais de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*, abr./jun. 2013, 17(45):385-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000008>

12 BASTOS, P. G. S.; SORATTO, M. T.; SÔNEGO, F. G. F. Planejamento estratégico em saúde bucal. **Rev. Inov. Saúde**. 2013 jul; 2(1):111-127. [citado 2017 ago 01]. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1080>>.

13 MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**. 2010 15(1):1827-1834. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>.

14 RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, 2012, 28:58-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300007>.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília 2012a. [citado em 2016 ago 02]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal>.

16 CARVALHO, D. M. et al. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(1): 139-49. [citado em 2016 jul 05]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100013>

17 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **PeNSE** - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro 2016, 132 p. [citado em 2016 jul 24]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/>>.

18 MAEHLER, M. et al. Doença periodontal e sua influência no controle metabólico do diabetes. **RSBO (Online)**, Joinville , v. 8, n. 2, jun. 2011. [citado em 24 mar. 2018]. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852011000200014&lng=pt&nrm=iso>.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four southeast asian countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel: Multidisciplinary Digital Publishing Institute – MDPI. Mar, 2014 11(3):2780-2792. DOI: 10.3390/ijerph110302780

19 SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W. W. N. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui. Odontol. Bras**, 2002 16(2):169-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-74912002000200013>.

20 FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2012, 28(2):281-290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200007>.

21 RAMPASO, D. A. L. et al. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. **Rev. bras enferm**. Brasília, jul-ago; 2011 64(4):783-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400024>.

22 SANTOS, G. L. et al. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontol. Clín.-Cient**. Recife, abr./jun 2010, 9(2):131-133. [citado em: 2017 ago 25]. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v9n2/a08v9n2.pdf>>.

23 ARCIERI, R. M. et al. Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre saúde bucal. **Educ. rev**. 2013 jan./mar.;47:301-314. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602013000100016>.

24 SOUZA, L. M. et al. Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação **Social. Rev. Bras. Educ. Med**. 2015, 39(3):426-432. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00232014>.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17) Brasília, 2008. 92p. [citado em 2016 jul 21]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>.

26 SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. saúde pública**. 2015, 49(98):1-12. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005961

ARTIGO CIENTÍFICO II: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA PERSPECTIVA DE CIRURGIÕES DENTISTAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde bucal estão inseridos no ambiente escolar desde 1929, por meio de programas destinados a essa população. Inicialmente, predominavam as abordagens individuais que reproduziam as práticas dos consultórios particulares. Com o advento da Odontologia Sanitária, em 1952, ampliaram-se as atividades para além do aspecto curativo, incluindo o planejamento das ações e o diagnóstico populacional, permitindo estratégias de prevenção e promoção de saúde, porém as ações não eram executadas de forma intersetorial (NARVAI, 2006).

Dentre os locais destinados ao encontro entre saúde e educação, a escola se destaca por proporcionar diferentes iniciativas, tais como ações de triagem, diagnósticos populacionais, educação e promoção de saúde. Inicialmente, o ambiente escolar foi utilizado como um espaço no qual se disseminavam regras de civilidade e normas de higiene; porém, recentemente, os debates direcionam as ações para a promoção de saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2015).

As ações de promoção de saúde são abrangentes, podendo estar presentes nos espaços dos serviços de saúde e das políticas intersetoriais, sendo, nesse caso, propostas como políticas públicas governamentais, direcionadas para indivíduos, para grupos populacionais ou para a população como um todo, envolvendo um único problema de saúde ou os seus determinantes sociais (BUSS; CARVALHO, 2009).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, como ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007), e estabelece ações que se dividem em três componentes: o componente I – Avaliação clínica e Psicossocial; o componente II – Promoção e Prevenção à Saúde; e o componente III – Formação. Os profissionais da saúde atuam em todos os componentes. Entretanto, ações específicas estão definidas no componente I, para o qual a odontologia contribui desenvolvendo as atividades da linha de ação saúde bucal cujo objetivo é avaliar o estado de saúde

bucal dos educandos e identificar aqueles com necessidade de cuidado. A equipe de Saúde Bucal insere-se no PSE com o objetivo de desenvolver ações coletivas de educação e de prevenção, além de avaliação do estado de saúde bucal e realização das intervenções necessárias. O programa está pautado na intersetorialidade, integralidade e promoção de saúde (BRASIL, 2015).

Em 2010, no levantamento epidemiológico em saúde bucal em nível nacional, foi possível estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária para a população de crianças e adolescentes de 5 e 12 anos, dentre outras idades. Utilizou-se, para tanto, o índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), na população de 12 anos, e o índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (CEO-D) em crianças de 5 anos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a idade dos 5 anos, a média nacional obtida foi de 2,43, e para os 12 anos, 2,07. No interior da região Sul, especificamente, o índice foi de 2,56 para a idade de 5 anos e 2,17 para a idade de 12 anos, com predominância do componente cariado, o que demonstra que para a população nesta faixa etária o diagnóstico e tratamento das lesões de cárie, ou seja, a assistência clínica, é insuficiente (BRASIL, 2012).

Esses dados, quando comparados aos resultados de 2003, confirmam tendência de declínio da cárie dentária da população de 12 anos; entretanto, ela não se mantém durante a adolescência, além de persistirem as desigualdades regionais (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2012).

Historicamente, observa-se que a prática profissional do cirurgião dentista no ambiente escolar está pautada no atendimento clínico, com foco individual e curativo. O PSE propõe modificar esse modelo, direcionando as ações para o nível coletivo, intersetorial, interdisciplinar, proporcionando atenção integral aos educandos. Entretanto, indaga-se: será que as ações de saúde bucal desenvolvidas dentro do programa estão considerando os fatores de risco, as condições de vida da comunidade, a prática intersetorial e a promoção de saúde? Ou restringem-se a inspecionar as queixas referidas pelos educandos? E ainda, qual a perspectiva dos cirurgiões dentistas sobre sua atuação no ambiente escolar e no PSE?

Diante do exposto, surge a necessidade de políticas efetivas que impactem nas condições de saúde bucal da população escolar, uma vez que grande parte das demandas por atendimento odontológico tem como queixa principal a dor

de dente causada pela cárie. Dentre as iniciativas para atuar na saúde das crianças e, por conseguinte, na saúde bucal está o PSE, tema deste estudo, que objetiva analisar a perspectiva dos cirurgiões dentistas sobre sua atuação nos três componentes do Programa.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa desenvolvido na Oitava Regional de Saúde do Estado do Paraná, composta por 27 municípios, tendo como sujeitos uma amostra intencional de cirurgiões dentistas que atuavam diretamente no PSE. Os sujeitos foram localizados por meio dos relatórios dos componentes II e III dos anos de 2014 e 2015 disponíveis online no portal do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec), utilizado pelos gestores municipais para cadastrar informações acerca do Programa. Nessa consulta identificaram-se as unidades de saúde vinculadas ao PSE, a partir das quais se verificou, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os cirurgiões dentistas nelas cadastrados nos mesmos anos. Foram elegíveis para o estudo 85 cirurgiões dentistas cujos endereços de e-mail foram solicitados ao Coordenador de Saúde Bucal dos municípios para envio do convite de participação e do questionário, mas 19 endereços não foram disponibilizados. Desta forma enviaram-se 66 convites, tendo como critério de inclusão os questionários respondidos de forma completa e excluídos os parcialmente completos.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico enviado por e-mail cujas questões que o compuseram foram fundamentadas nos documentos ministeriais: Caderno de atenção básica de Saúde Bucal (BRASIL, 2009); Passo a Passo do PSE (BRASIL, 2011) e o Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015). Foram preestabelecidas três dimensões, as quais compreenderam a percepção dos cirurgiões dentistas sobre as ações dos 3 componentes do Programa. As questões norteadoras foram: “Como tem sido para você participar do PSE desenvolvendo estas ações do Componente I? Como você as avalia?”; “Como você avalia as ações de promoção da saúde e a prevenção de agravos que a equipe de saúde bucal tem desenvolvido?”; “Independente do Programa Saúde na Escola, você tem desenvolvido ações odontológicas junto à comunidade escolar? Se sim, escreva sobre elas”.

O instrumento de coleta de dados online previa o formato assíncrono com uso de ferramenta Web e banco de dados. Conforme Andrews, Nonnecke e Preece (2003), essa abordagem é superior ao uso de e-mail tradicional, devido ao controle automatizado do processo. No entanto, o uso de e-mail pode ser combinado, especialmente para o envio de convite direcionado aos participantes da pesquisa. Utilizou-se, também, a ferramenta LimeSurvey (LIMESURVEY, 2015), em sua versão 2.64, atualizada em março de 2017. Trata-se de um *software* de uso livre para elaboração, gerenciamento e coleta de dados de questionários online. O sistema gerencia o envio de mensagens de e-mail com convites e lembretes para os participantes cadastrados. O instrumento ficou disponível para ser respondido por, pelo menos, 15 dias para cada cirurgião dentista, de março a junho de 2017.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, pela qual foi possível “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). As temáticas sistematizadas foram ilustradas com as respostas dos cirurgiões dentistas, as quais foram numeradas conforme identificação fornecida pela plataforma de modo a garantir o sigilo das respostas.

A pesquisa foi aprovada conforme Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.942.959. Nas pesquisas online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é apresentado na primeira folha do instrumento on-line e o seguimento do preenchimento implica o aceite de participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 27 municípios incluídos, em 5 (18,5%) deles nenhum cirurgião dentista respondeu. Retornaram completamente preenchidos 38 (57,5%) questionários de um total de 66 convites enviados. O tempo médio de resposta foi de 15 minutos.

Considerando as funções exercidas, 15 (39,47%) atuavam como cirurgiões dentistas e coordenadores de saúde bucal, 17 (44,74%) como cirurgiões dentistas de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 6 (15,79%) como cirurgiões dentistas de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A maioria 33 (86,84%) tinha cursado alguma pós-graduação, em que 24 (63,16%) realizaram curso de

atualização, com maior frequência para os de Endodontia, Cirurgia e Estética. O mesmo número informou ter realizado especialização com maior ocorrência para os cursos de Ortodontia e Endodontia. Dentre eles, 4 (16,67%) se especializaram no atendimento odontológico na área de saúde pública. O mestrado foi cursado por 2 (5,26%), enquanto nenhum cursou doutorado ou residência.

O tempo de atuação dos cirurgiões dentistas na UBS ou ESF teve a maior frequência observada na faixa acima de 5 anos, somando 23 (60,53%). Os que atuavam entre 1 e 4 anos eram 14 (36,84%), e com tempo menor de 1 ano apenas 1 (2,63%) profissional.

Da análise de conteúdo emergiram as temáticas: “assistência à saúde bucal escolar na visão dos cirurgiões dentistas” e “a prevenção e promoção da saúde na avaliação dos cirurgiões dentistas”, as quais foram compostas por sub temáticas como representado no quadro 1.

Quadro 1. Representação das temáticas e sub temáticas relativas à avaliação do PSE feita pelos cirurgiões dentistas. Cascavel/PR, 2017

Assistência à saúde bucal escolar na perspectiva dos cirurgiões dentistas	Diagnóstico das condições de saúde bucal Atendimento clínico Predomínio de atividades curativas
A prevenção e promoção da saúde na perspectiva dos cirurgiões dentistas	Métodos de prevenção em saúde bucal Necessidade de ampliação da prevenção e promoção da saúde bucal Ações da Odontologia não reconhecidas como vinculadas ao PSE Descontinuidade das ações Desinteresse dos pais Omissão da escola Escassez de recursos e gestão ineficiente Necessidade de atuação multiprofissional Educação em saúde

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Assistência à saúde bucal escolar na perspectiva dos cirurgiões dentistas

Os resultados mostram que o PSE tem levado ao diagnóstico e dado acesso ao tratamento odontológico, além de ser uma estratégia de prevenção em saúde bucal. Os sujeitos da pesquisa relatam que, muitas vezes, predomina o atendimento clínico e as ações curativas no ambiente de consultório odontológico.

A atividade de **diagnóstico das condições bucais** é citada como parte da atuação dos profissionais, por meio do levantamento epidemiológico dos problemas existentes e de outros com possibilidades de ocorrência. Para esse fim, o ambiente escolar é oportuno devido a sua objetividade e ganho de escala em nível coletivo. Em seguida, de maneira organizada, é possível executar as atividades clínicas na unidade de saúde mediante agendamento. Destacam-se os seguintes excertos:

[...] temos o contato direto com as crianças podendo solucionar problemas [buciais] de imediato [...] onde todos podem ter acesso (O39).

Fazemos o que está em nosso alcance, tentamos agregar todas as crianças com necessidades de atendimentos odontológicos, principalmente aquelas com condições mais carentes, fazemos os agendamentos das crianças para serem atendidas semanalmente [...] (O40).

No primeiro contato com os educandos, em que é realizada a avaliação das condições de saúde bucal, o profissional evidencia os principais problemas bucais, bem como a experiência de cárie daquela população. O conhecimento das necessidades acumuladas irá direcionar o planejamento do serviço, incluindo ações de natureza assistencial e de promoção de saúde (AMARAL et al., 2006).

Os serviços de saúde precisam estar organizados de maneira a facilitar o acesso aos usuários. Para tanto, a agenda deve ser elaborada a partir do conhecimento do perfil epidemiológico, sanitário e social da população, a fim de propor respostas objetivas aos problemas encontrados (ASSIS; JESUS, 2012).

De fato, diagnosticar os problemas de saúde bucal das crianças é a primeira condição para a realização do cuidado integral, pois, a partir disso, o profissional, juntamente com a equipe de saúde, poderá definir as estratégias a serem implementadas para assistir as crianças quando necessário, além de implementar ações preventivas e de promoção da saúde. Elas deverão ser pensadas visando à resolatividade das condições identificadas.

O **atendimento clínico** dos escolares foi citado como atividade regular, mostrando que as unidades de saúde possuem em sua agenda espaço específico para acolher os casos identificados.

Atendemos todas as tardes alunos das escolas. Estas são agendadas [...] pelas THD's [Técnicas em Higiene Dental] e são trazidas ao PSF onde realizamos os procedimentos odontológicos necessários. Esta atuação tem sido muito efetiva no controle da cárie e de outras doenças bucais. Porém, a abrangência ainda está aquém do necessário (O50).

O atendimento clínico é de fundamental importância em qualquer condição de saúde. Ele deve ser organizado para que as demandas identificadas no diagnóstico das condições de saúde tenham espaço para sua resolução.

Ao mesmo tempo centrar a atuação da saúde bucal no atendimento clínico pode revelar um enfrentamento parcial das condições que determinam a doença cárie. Os procedimentos clínicos executados de forma isolada, não proporcionam o controle da doença, mas sim o seu tratamento. O profissional demonstra desconhecimento de cariologia, do processo saúde/doença e das ações que efetivamente promovem o controle da cárie. Tais ações consideram a multifatorialidade da doença, resultante da relação entre o hospedeiro, os dentes suscetíveis, o biofilme acumulado e a dieta. Portanto, a abordagem deveria ser ampliada para além das atividades clínicas desenvolvidas entre quatro paredes do consultório.

A fala revela a desarticulação do profissional dentista com o PSE, quando afirma que quem agenda as crianças são as THD's. É pressuposto do PSE que o levantamento das necessidades dos escolares aconteça também no ambiente escolar, de maneira organizada, definindo o número de educandos a serem avaliados, datas e horários mais adequados e o espaço físico na escola (BRASIL, 2016). Essa parece não ser a realidade do relato em tela.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizou um levantamento das condições de saúde bucal por meio de perguntas com objetivo de conhecer os hábitos de escovação dos dentes, os episódios de dor de dente e as visitas ao dentista. Os resultados demonstram piora no perfil geral de saúde bucal de estudantes quando se compara os resultados de 2009 com os de 2015. Houve redução de 4,2% na proporção de escovação e aumento de 24% de alunos com relato de dor de dente. A frequência anual de visitas ao dentista entre estudantes brasileiros, ainda de acordo com dados da PeNSE 2015, indica que pouco menos de um terço deles (30,3%) não foi a consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2016).

Nesse contexto, observa-se que a atuação do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento dos problemas bucais se constitui em relevante ação assistencial no ambiente escolar. Entretanto, nos municípios pesquisados, os resultados demonstram que alguns cirurgiões dentistas não participam das ações do PSE, sendo que sua atividade é restrita ao atendimento clínico dos educandos no ambiente do consultório odontológico, com **predomínio de atividades curativas**.

[...] em nosso município as ações não são desenvolvidas da forma como deveria ser, são realizadas mais ações curativas do que preventivas (O30).

[...] em nosso município ainda se preconiza o atendimento curativo (O38).

Embora o atendimento clínico seja importante e resolva problemas individuais, é insuficiente para produzir saúde bucal a nível populacional, já que para isso é necessário considerar outros fatores além do biológico. Outros serviços incluem atenção a grupos com necessidades diferenciadas, levantamentos epidemiológicos, atuação na comunidade com ações preventivas e de educação em saúde, contribuindo, de forma eficiente, ao atuar na prevenção e promoção de saúde bucal (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A efetividade das ações de promoção de saúde é ampliada quando há envolvimento de outras instituições, tal como a escola e organizações não governamentais, ou seja, o processo envolve diferentes setores que tem influência na saúde humana (educação, agricultura, comunicação, esportes, saneamento, meio ambiente, cultura e assistência social). A promoção de saúde adquire sentido amplo quando envolve todos os elementos deste contexto e não apenas a ação assistencial (BRASIL, 2004).

Carvalho, Rabello e Vettore (2011) realizaram um estudo comparando duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal, em que na primeira eram realizadas ações de promoção de saúde e na segunda apenas o tratamento odontológico. Foram coletados dados referentes à prevalência e à intensidade de dor dental com 300 adolescentes entre 12 e 14 anos de escolas públicas. Concluíram que os adolescentes que não foram beneficiados com as ações de promoção de saúde estavam mais propensos a desenvolver dor dental de maior intensidade quando comparados ao grupo beneficiado pelas ações de

promoção.

Para o correto funcionamento do programa, devem fazer parte do cotidiano da equipe de saúde bucal o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações. Nesse sentido, o profissional percebe a complexidade dos problemas, elaborando um plano de intervenção, o qual deve estar pautado na intersetorialidade. Em sua maioria, as equipes centram suas práticas no atendimento à demanda, que pode ser programada ou espontânea. Apesar de existirem avanços relacionados às ações educativas, de educação permanente, acolhimento, vínculo e responsabilização, há desafios no que diz respeito à integralidade e às ações intersetoriais. As mudanças são incipientes e os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante. É necessário engajar gestores e equipe para modificar a realidade local, substituindo práticas tradicionais por um novo modelo de fazer saúde (SCHERER; SCHERER, 2015).

A prevenção e promoção da saúde na avaliação dos cirurgiões dentistas

Identifica-se a avaliação positiva das ações de prevenção e promoção da saúde bucal, quando os cirurgiões dentistas as qualificam como boas, eficazes, abrangentes, de grande importância, que têm apresentado resultado positivo, bom retorno das crianças, que trazem gratificação pela realização do trabalho educativo ou que elas estão sendo satisfatórias.

No desenvolvimento do componente I do PSE, são previstas ações de bochecho com flúor e escovação dental supervisionada, as quais são realizadas pelos profissionais, que as avaliam como **métodos de prevenção em saúde bucal**.

Faço escovação orientada e bochechos com flúor na escola do bairro no qual trabalho [...] (O63).

[...] ajuda a melhorar o controle de cáries [*bochecho e escovação*] e a saúde bucal das crianças, vejo como um método de prevenção eficaz. [...] (O30).

Acredito ser a escola o ideal para incentivar a higiene bucal (O36).

A prevenção é enfatizada pela aplicação semanal de flúor e a escovação supervisionada. De acordo com Carvalho et al. (2011), a presença do fluoreto influencia os indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal, devendo este ser

usado de forma correta para um adequado controle da cárie. Os autores corroboram a iniciativa de Aplicação Tópica de Flúor com critério específico para cada situação, sendo o conhecimento da realidade local, o determinante da periodicidade e necessidade desta intervenção. É de conhecimento científico que a escovação dental supervisionada é eficaz. Segundo Silveira, Oliveira e Padilha (2002), a escovação dental supervisionada e orientação de dieta reduzem significativamente a placa visível e o sangramento gengival (fatores que indicam higiene dental precária) mostrando-se um método eficaz. Os autores destacaram que um programa de assistência odontológica não deve limitar-se às atividades curativas, mas trazer ações educativas inseridas no contexto de promoção de saúde.

Apesar da Odontologia pública ter início no ambiente escolar (NARVAI, 2006), as ações acontecem de maneira aleatória e sem uma padronização. O PSE propõe, por meio de suas diretrizes e documentos oficiais, que tais ações sejam executadas uniformemente, guiando os profissionais de saúde quanto à sua atuação junto aos educandos.

Nos municípios pesquisados, acontecem **ações da odontologia não reconhecidas como vinculadas ao PSE**, ainda que se caracterizem por ser de igual natureza.

Nós não temos muito conhecimento sobre as atividades do PSE, [...]. A escovação, fluoretação e as palestras seguem a programação anual municipal sem nenhuma ênfase ao PSE (O24).

[...]. Realizamos escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor e atividades educativas como atividade corriqueira da Equipe de Saúde Bucal, e não como uma atividade do PSE (O58).

Cabe às secretarias de Saúde e de Educação o papel de realizar a gestão do Programa em nível municipal, incluindo o monitoramento, a avaliação e o fluxo do incentivo financeiro por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial e a execução do Termo de Compromisso, pelo qual são pactuadas as ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2015). Verifica-se na regional estudada que essa não é uma realidade, haja vista que as atividades em saúde bucal ocorrem de forma independente, desvinculadas do PSE e, por consequência, a aplicação dos recursos pode não priorizar a saúde bucal

Os profissionais reconhecem a **necessidade de ampliação da**

prevenção e promoção da saúde bucal, seja por as vislumbrarem como insuficientes em virtude do privilégio dos atendimentos clínicos, seja pela resistência à mudança de hábitos alimentares, seja pela inexistência de pessoal com esse enfoque atendendo na saúde bucal de determinado município, ou até mesmo pela sobrecarga de ações clínicas, o que compromete o tempo disponível para as demais atividades.

[...] Ações de prevenção com palestras e escovação supervisionada que é deixada de lado um pouco devido à grande demanda de atendimentos [...] (O19).

[...] existe uma grande dificuldade na inserção dessas ações (PREVENTIVAS) e ampliação das mesmas visto que, em nosso município ainda se preconiza o atendimento curativo (O38).

Existe muita resistência em relação à mudança na alimentação (O47).

Não temos uma equipe de prevenção e promoção em saúde bucal (O57).

A competência das ações de promoção de saúde está sujeita à equipe interdisciplinar, composta por profissionais da saúde e da educação, da qual o cirurgião dentista deveria fazer parte. O PSE não preconiza a formação de equipe exclusiva para desenvolvimento dessas ações, mas sim considera que elas devem ser executadas pelos profissionais que já possuem vínculo com a comunidade e que traçaram um diagnóstico da realidade local, representando uma oportunidade de atenção integral à saúde (BRASIL, 2016).

Badalotti, Weigert e Bos (2013) observaram redução dos dentes cariados e melhora dos índices de placa visível e sangramento gengival após a realização das atividades educativas, concluindo que essas modificaram, ainda que parcialmente, as condições de saúde bucal das crianças em questão.

Em algumas respostas, pôde-se observar que as ações tiveram um início; no entanto, **foram descontinuadas**. Esse fato compromete a diretriz do pleno desenvolvimento da comunidade escolar.

Já desenvolvi, mas no momento não desenvolvo nenhum programa junto à comunidade escolar (O55).

Já realizei atividades odontológicas no ambiente escolar, algumas

palestras (poucas e logo que comecei a trabalhar no PSE há mais ou menos 8 anos) [...] (O30).

Penso et al. (2013) sugerem que a descontinuidade das ações pode estar associada ao excesso de burocracia, à falta de tempo, à escassez e à sobrecarga dos profissionais e ao despreparo para construir ações integradas, tanto da saúde quanto da educação.

Para os cirurgiões dentistas, a prevenção e a promoção da saúde têm enfrentado obstáculos expressos na pouca participação dos pais, na ausência de apoio da escola para o desenvolvimento das atividades de saúde, na escassez de recursos financeiros, na gestão ineficiente e na descontinuidade das ações. Revelam que haveria a necessidade de atuação multiprofissional para o desenvolvimento destas ações.

O **desinteresse dos pais** surge como um obstáculo relacionado à prevenção em saúde, em especial, naquelas famílias com crianças de menor idade ou pela falta de cobrança dos pais, interferindo na eficácia das ações preventivas.

[...] falta a participação e colaboração dos pais, principalmente nas crianças de baixa idade (O26).

[...] creio que, falta intervenção dos pais e/ou responsáveis. Como em muitos lugares a falta de cobrança dos pais tem grande interferência.

Em 2013, Castilho et al. analisaram 13 artigos publicados na fonte Medline entre os anos de 1980 e 2012 relacionados à influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças. Observaram que a atitude dos pais e o nível de escolaridade deles são fatores que influenciam na saúde bucal dos filhos.

Castro et al. (2012) realizaram um levantamento das publicações relacionadas a Programas de Saúde Bucal direcionados para escolares no Brasil identificando que poucas iniciativas envolvem os pais ou responsáveis como sujeitos do processo, tendo como consequência a descontinuidade dos hábitos e conhecimentos adquiridos pelos alunos na escola.

Para Nunes e Perosa (2017), o não reconhecimento dos pais ou cuidadores como principais elementos no processo saúde/doença do filho revela-se como fator de risco para a ocorrência de cárie nos dentes decíduos, o que pode se explicar pela espera pela ação de outras pessoas interferindo na proteção contra

doenças ou diminuição da gravidade (NUNES; PEROSA, 2017).

Outro aspecto que emergiu foi a **omissão da escola** para o desenvolvimento das ações de saúde, indicando que, em alguns momentos, houve dificuldade de integração entre os setores saúde e educação.

[...] encontramos grandes dificuldades em trabalhar nas (2) escolas a recepção quase sempre hostil, não disponibilizam nenhum profissional para ajudar nem mesmo para organizar os alunos sequer para a fluoretação. Para fazer a fluoretação e a escovação supervisionada nós deixamos de fazer o atendimento no consultório, até porque como não temos nenhuma colaboração da escola sempre vamos a dentista e um auxiliar para fazer as atividades, e caso atividade chegue ao intervalo temos que ficar no pátio da escola, pois sequer somos convidados para a sala dos professores. Em todas as conversas que tentamos ter, é sempre a mesma resposta, eles não têm profissional disponível e isso não é função da escola (O24).

Bom. Mas poderia ser melhor. Maior comprometimento das escolas (O37).

As falas mostram que pode haver descompasso entre o que se espera do programa e o seu efetivo desenvolvimento, uma vez que saúde e educação deveriam atuar de forma coordenada, sugerindo que pode estar acontecendo dificuldades na intersectorialidade, pois relatam os sujeitos que não há o envolvimento desejado das escolas.

Ferreira et al. (2012), em estudo para observar a contribuição e participação dos Setores da Saúde e Educação na construção e implementação do PSE, analisaram decretos e portarias que instituíram o programa. Concluíram que não há uma participação equânime entre os dois setores, havendo protagonismo da Saúde em áreas como financiamento, adesão e coordenação do Programa.

Penso et al. (2013), ao analisarem a integração entre saúde e escola, deixam claro que é necessário progredir nesse sentido, uma vez que os profissionais de saúde não se sentem à vontade para atuar naquele ambiente. Observa-se que a postura integrada ainda não está incorporada ao cotidiano.

Dentre os alicerces do PSE está a intersectorialidade, a qual articula os setores da saúde e educação, potencializando as ações de ambos. Moretti et al. (2010) exploraram as ações intersectoriais realizadas pelas equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde de Curitiba-PR. O estudo demonstrou que a

intersectorialidade está mais presente na ESF e o principal parceiro é o setor da educação. Além disso, é evidente a inserção histórica da odontologia na escola e a diferença das ações realizadas pelas UBS e ESF. Outro fator importante citado foi o perfil do profissional, sendo esse importante para o desenvolvimento de ações desta natureza. Tal fato reforça a necessidade da formação profissional voltada para o serviço de saúde. O estudo deixa claro que o conceito de intersectorialidade precisa ser inserido na rotina dos gestores e trabalhadores, as ações ainda são um desafio, mas é uma prática possível. Para que as ações intersectoriais tragam resultados positivos para a saúde da população, é preciso estimular a educação continuada dos profissionais, além da criação de políticas que articulem os setores governamentais e não governamentais.

Na visão de alguns cirurgiões dentistas, o programa enfrenta como entraves a **escassez de recursos e a gestão ineficiente**; contudo, buscam atuar e desenvolver suas ações.

A equipe mesmo com poucos recursos está sempre empenhada em proporcionar boas ações em saúde bucal (O43).

As equipes de saúde bucal estão se esforçando muito para conseguir resultados, porém devido a uma gestão administrativa sem conhecimento específico, as ações acabam sendo pontuais e, frequentemente descontinuadas [...]. Apesar de eficácia dessas ações, elas acabam sendo descontinuadas principalmente por problemas com a gestão administrativa (O61).

Não há clareza nas respostas para identificar que tipo de recurso está reduzido, podendo ser material, humano ou estrutural. No entanto, todos eles dependem de significativo aporte financeiro para sua execução. Em 2011, Kornis, Maia e Fortuna analisaram a evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS e concluíram que, com a entrada da Política Nacional de Saúde Bucal na agenda federal, houve aumento dos repasses aos municípios, resultando em maior acesso e assistência. Apesar disso, esses repasses por si só não são suficientes para garantir a execução das ações, o que pode limitar a oferta de serviços.

A **necessidade de atuação multiprofissional** foi citada no desenvolvimento das ações de prevenção e de promoção da saúde bucal como recurso que contribuiria ou contribui com o desenvolvimento de ações de maneira integral:

[...]. Existe muita resistência em relação a mudança na alimentação. Há um ano sigo um estilo de vida que evita consumo de açúcares, trigo, glúten, leite, e acredito que o nutricionista deveria ser atualizado em relação a essa forma de alimentação, pois alterando a pirâmide alimentar podemos evitar muitas doenças que estão cada dia mais evidente. Isso beneficiaria também a área odontológica, com menos ingestão de açúcares e alimentos industrializados (O47).

[...] necessitam de educação continuada e mais ações multidisciplinares e Interdisciplinares (O58).

Quando os profissionais de saúde praticam ações isoladas e desarticuladas não estão contribuindo para um trabalho de forma integral, já que a integralidade se manifesta não somente por meio da assistência em todos os níveis de atenção como também na ideia de um todo e de assistência integral ao indivíduo, contemplando o vínculo. É necessário considerar o meio em que o indivíduo vive e ao mesmo tempo não perder o foco na pessoa, trabalho em equipe favorece a integralidade, articulando os diversos saberes, pelos quais os profissionais somam distintos olhares permitindo um atendimento completo e resolutivo (FREITAS et al., 2010).

A equipe de saúde pode lançar mão dos potenciais existentes na própria comunidade para desenvolver as práticas educativas, dialogando com usuários e segmentos da sociedade. Assim, as ações passam a fazer sentido, influenciando na participação e mudança de comportamento, uma vez que os usuários podem ser instrumentalizados para opção consciente sobre questões de saúde e doença (MACHADO, 2009).

A **educação em saúde** ganha espaço no ambiente escolar mediante palestras, teatros e evidenciação de placa bacteriana. Em alguns casos, as orientações abrangem, além dos educandos, os pais e responsáveis.

Atividades sobre tabagismo, educação em saúde e saúde bucal no ensino fundamental e médio com equipe multidisciplinar (O36).

Sempre que possível realizo palestras com os alunos. Durante a escovação sempre observo a boca das crianças fazendo comentários a respeito da placa, maneira como usou a escova, falo sobre o fio interrogando quem tem, se todos usam, comento sobre a escova, cuidados, troca. É um momento do profissional chegar mais perto da criança fora do consultório. Eles gostam não nos veem como dentista (O39).

[...] semana da saúde bucal realizada em outubro, onde são realizadas palestras, brincadeiras; atividades educativas, escovação supervisionada (O42).

[...] Palestras para estudantes e pais (responsáveis), distribuição de kit de saúde bucal, fluoretação, evidencição de placa bacteriana, escovação supervisionada e distribuição de material educativo (O37).

A educação em saúde bucal se mostra como uma importante ferramenta de impacto coletivo e com baixo custo, valorizando o conhecimento do outro. Todavia, a prática educativa tem chegado de modo abstrato para a população e com informações que não condizem com a realidade local, uma vez que nelas são utilizados protocolos prontos (MATOS; GONDINHO; FERREIRA, 2015).

Turrioni et al. (2012) avaliaram as ações de educação em saúde bucal de 80 adolescentes dentro da ESF. O tema saúde bucal foi trabalhado em 4 encontros presenciais na escola, quando realizou-se avaliação qualitativa da técnica de escovação. Os resultados demonstraram que houve melhora das condições de saúde bucal e hábitos de higiene, fruto das ações educativas desenvolvidas envolvendo além dos adolescentes os professores. Para Santiago et al. (2012), o PSE proporciona aos profissionais da equipe de saúde uma visão abrangente, realçando o seu papel de educador na sociedade. Fato este que reflete em maior contato e criação de vínculo entre usuários e ESF. As informações que são repassadas aos escolares, fruto da aproximação entre escola e ESF, resultam em hábitos mais saudáveis e que podem perdurar a vida toda.

Há que ressaltar que na temática precedente houve o relato de que o foco da saúde bucal na escola ainda é o tratamento das doenças bucais o que pode diminuir o espaço para o trabalho com as ações educativas, de prevenção e promoção de saúde. Observa-se que há pouca ênfase por parte dos cirurgiões dentistas para esta última.

São evidentes nas falas que eles realizam o tratamento e participam em alguma medida de ações educativas que se vinculam à prevenção das doenças bucais, mas não se atentam para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde ou as identificam de forma tímida, quando relacionam a doença bucal com o consumo de alimentos ricos em açúcar e a necessidade de intervir nesse aspecto dentro do ambiente escolar.

O componente III do PSE trata diretamente da formação dos gestores e

das equipes da educação e da saúde, por meio da realização de atividades de educação permanente relacionadas aos temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e de promoção da saúde; porém, essa atividade não tem acontecido na realidade estudada. Os entrevistados relataram não terem participado de nenhuma formação específica para atuar no PSE, seja por meio de EaD ou cursos presenciais. Observa-se na realidade da 8ª Regional de Saúde do Paraná que a educação permanente não tem avançado, dificultando a qualificação da assistência e impedindo a inserção de políticas de saúde, em especial as relativas ao PSE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSE está pautado na intersetorialidade, integralidade e promoção de saúde, sendo estes seus alicerces. Na realidade estudada, identificou-se que a intersetorialidade constitui-se um desafio, já que ela não ocorre de forma efetiva entre os setores da saúde e educação. A integralidade, por vezes, esbarra na atuação isolada dos cirurgiões dentistas, desarticulada de outras categorias profissionais no processo de organização do trabalho, ou até mesmo distante da realidade vivenciada na comunidade. Esse fato contribui para uma perspectiva reduzida e limitada de promoção de saúde.

Por outro lado, observou-se que, apesar das dificuldades encontradas, a atuação do cirurgião dentista está focada nos campos da assistência e da prevenção, concomitantemente.

Nos municípios pesquisados, observa-se que a odontologia está inserida no ambiente escolar, realizando atividades para além, apesar ou sem integração com o PSE. Há um direcionamento de atividades específicas para os escolares, as quais contemplam o diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção de saúde. O foco da atenção ainda está voltado para o individual e curativo, com restrição da atuação de alguns profissionais ao consultório odontológico.

Além disso, foram encontradas dificuldades com relação à própria formação dos profissionais, tendo em vista que eles não participaram de ações de formação para atuar no programa e não estão envolvidos em processos de educação permanente relacionadas ao tema.

Os dados emergentes da avaliação dos cirurgiões dentistas, indicam a

necessidade de ampliação das ações de promoção e prevenção, de forma que todos os municípios atuem para além das ações curativas, assim como a necessidade de estratégias que garantam a formação da equipe de saúde para atuar no PSE.

O estudo teve limites quanto à extensão das respostas e ao número de profissionais que se dispuseram a responder, mesmo que de forma sucinta, as perguntas formuladas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. C. et al. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em pré-escolares e escolares de Rafard – SP – Brasil. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 9 n. 3, p. 87-93, abr./jun 2006. Disponível em: <<http://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/204/148>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

ANDREWS, D.; NONNECKE, B.; PREECE, J. Conducting research on the internet: On-line survey design, development and implementation guidelines. **International Journal of Human-Computer interaction**, v. 16, n. 2, p. 185-210, 2003.

ASSIS, M. M. A. JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 14 abril 2017.

BADALOTTI, T. S; WEIGERT, K. L; BOS, A. J. G. Effect of a health education program in the oral health profile of preschool children: an experience in the public network of Porto Alegre, Brazil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 102-109, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf?bh13027>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. _____. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 06 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 11 jul. 2016.

_____. _____. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. _____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em 17 jul. 2016.

_____. _____. _____. _____. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. _____. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – **Promoção da Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 16 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BUSS, P. M. CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M.V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4107-4114, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100016>. Acesso em: 24 abril 2017

CARVALHO, R. B.; MEDEIROS, U. V.; SANTOS, K. T.; PACHECO FILHO, A. C. Influência de diferentes concentrações de flúor na água em indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p. 3509-3518, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900019>. Acesso em 15 maio de 2017.

CASEMIRO, J. P. FONSECA, A. B. C. SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p. 829-840, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

CASTILHO, A. R; MIALHE, F. L; BARBOSA, T. S; PUPPIN-RONTANI, R. M. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, p. 116–23, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642420>>. Acesso em: 24 abril 2017.

CASTRO, C. O. et al. Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.11, n.1, p.51-56, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n1/a09v11n1.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14419/art_FRAZAO_Saude_bucal_no_sistema_unico_de_saude_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 jul. 2016.

FREITAS, C. A. S. L. et al. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2010, Rio de Janeiro, v. 18 n. 4, p. 494-9. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_494-499.pdf. Acesso em: 24 jul. 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2015. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

KORNIS, G. E. M. MAIA, L. S. FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.197-215, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a11.pdf>. Aesso em: 21 jun. 2017.

LIMESURVEY Project Team/Carsten Schmitz. LimeSurvey: An Open Source survey tool. **LimeSurvey Project Hamburg**, Germany, 2015. Disponível em: <<http://www.limesurvey.org>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2. Março-abril 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf>. Acesso em: 07 maio 2016.

MATOS, C. V.; GONDINHO, B. V. C.; FERREIRA, D. L. A. A educação em saúde bucal e suas representações na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol. 6, n.1. p.845-55, Março, 2015. Disponível em:< <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22649/16199>>. Acesso em: 22 maio 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

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, n. 1, p.1827-1834, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/095.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública** v. 40, n. especial, p.141-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

NUNES, V. H; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 191-200, Jan. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 31 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>.

PENSO, M. A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.2, p.542-553, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a23.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

RONCALLI, A. G. CÔRTEZ, M. I. S. PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S58-S68, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/07.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

SILVEIRA, J.L.G.C; OLIVEIRA, V; PADILHA, W.W.N. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.16, n. 2, p. 169-174, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pob/v16n2/a13v16n2.pdf>>. Acesso em: 24 abril 2017.

SCHERER C.I., SCHERER M.D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. saúde pública**. 2015, 49(98):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005961

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/23.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

APÊNDICE I – Instrumento de coleta de dados

Pesquisa: Atuação do Cirurgião dentista no Programa Saúde na Escola

Este estudo pretende conhecer a inserção e atuação de cirurgiões dentistas no Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios do Sudoeste paranaense. Por isso as informações que vossas senhorias nos disponibilizarem serão fundamentais para a qualidade dos dados que esperamos apresentar como resultado. É importante que as dúvidas, caso vocês as tenham sejam esclarecidas para o adequado preenchimento e posterior análise dos dados, por isso, quando necessário, vocês podem acessar o pesquisador, nos e-mails de: Gione André Schio (Cirurgião dentista, aluno do Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná). Rosa Maria Rodrigues (Orientadora da pesquisa).

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS CIRURGIÕES DENTISTAS QUE ATUAM NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE UBS/ESF

1) Identificação

Município:

- () Ampere
- () Barracão
- () Bela Vista do Carobá
- () Boa Esperança do Iguaçu
- () Bom Jesus do Sul
- () Capanema
- () Cruzeiro do Iguaçu
- () Dois Vizinhos
- () Éneas Marques
- () Flor da Serra Do Sul
- () Francisco Beltrão
- () Manfrinópolis
- () Marmeleiro
- () Nova Esperança do Sudoeste
- () Nova Prata Do Iguaçu
- () Pérola D'oeste
- () Pinhal de São Bento

- () Planalto
- () Pranchita
- () Realeza
- () Renascer
- () Salgado Filho
- () Salto do Lontra
- () Santa Izabel do Oeste
- () Santo Antônio do Sudoeste
- () São Jorge D'Oeste
- () Verê

Cargo/função

- () Cirurgião dentista
- () Cirurgião dentista Saúde da Família
- () Cirurgião dentista e Coordenador Municipal de Saúde Bucal

Pós-Graduação:

- () Atualização
- () Especialização
- () Residência
- () Mestrado
- () Doutorado.

Em que área(s) você é especializado?: _____

Tempo de atuação na UBS/ESF: _____

2) Funcionamento do Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola foi instituído em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação. A partir daí os municípios iniciaram a adesão ao programa, dentre eles, o município em que você atua. As questões que seguem buscam identificar sua aproximação a este programa governamental que tem sido implantado nos municípios paranaenses.

a) Você conhece o projeto municipal que seu município pactuou para o desenvolvimento do PSE?

() sim

() não

b) Você conhece as diretrizes técnicas e ações do PSE, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007?

() sim

() não

c) As Secretarias da Saúde e da Educação do seu município assinaram o termo de compromisso de responsabilidade do PSE, com metas pactuadas de implantação das ações?

() sim

() não

() não sei

d) Você participa do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas?

() sim

() não

a) O seu município tem o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) municipal atuante?

() sim

() não

() não sei

3) Avaliação do componente I

O Programa Saúde na Escola prevê ações que envolvem a odontologia. Estas ações estão descritas nos componentes I, II e III, os quais são fundamentais e obrigatórios. Responda as questões que seguem referente às ações.

a) Você realiza, através do PSE avaliação e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal uma vez ao ano?

☐ sim

☐ não

Se sim responda a questão b

b) Os educandos identificados com necessidade de tratamento são agendados na UBS/ESF para a realização das intervenções necessárias?

☐ sim

☐ não

c) Você ou sua equipe realiza Aplicação Tópica de Flúor (ATF) de acordo com critério estabelecido para a necessidade?

☐ sim, com critério previamente estabelecido

☐ sim, sem critério

☐ não realiza

d) Você ou sua equipe realiza Escovação Dental Supervisionada (direta e indireta) pelo menos duas vezes ao ano (direta), como atividade do PSE?

☐ sim

☐ não

e) Você ou sua equipe realiza evidenciação de placa bacteriana no ambiente escolar, como atividade do PSE?

☐ sim

☐ não

f) Como tem sido para você participar do PSE desenvolvendo estas ações do Componente I? Como você as avalia?

4) Avaliação do Componente II

a) Você desenvolve ações de promoção de saúde e prevenção de agravos no ambiente escolar?

☐ sim

☐ não

b) Você participa da elaboração e produção de material didático-pedagógico contemplando temas de saúde bucal, tais como: a boca e os dentes; medidas preventivas; placa bacteriana, cárie e doença periodontal; hábitos saudáveis?

() sim

() não

c) Quando você realiza atividades educativas com escolares elas acontecem através de qual meio?

() Palestras

() Orientações individuais

() Teatro/dramatizações

() Oficinas

() Demonstração

() Gincanas

() Outras: quais _____

d) Você atua na capacitação dos professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os escolares?

() sim

() não

e) Você atua na capacitação de líderes estudantis para serem multiplicadores dos temas de saúde bucal?

() sim

() não

f) Você participa, juntamente com a equipe de saúde, para o desenvolvimento de política de ambiente saudável nas escolas, assegurando a oferta de alimentos saudáveis nas cantinas e propondo política de restrição ao uso de tabaco, álcool e outras drogas no ambiente escolar?

() sim

() não

g) Você participa das reuniões de planejamento da escola para definir a realização de atividades de saúde bucal?

() sim

() não

h) A saúde bucal está incorporada ao projeto pedagógico de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola, sobre temas referentes à saúde, envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores)?

() sim

() não

() não sei

i) Como você avalia as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que a equipe de saúde bucal têm desenvolvido?

5) Avaliação do Componente III

b) Você participa da formação de jovens protagonistas para o PSE, valorizando-os como protagonistas na defesa dos direitos à saúde?

() sim

() não

c) Você participa de atividades de educação permanente junto aos profissionais da saúde e da educação, com objetivo de melhorar as atividades propostas pelo PSE?

() sim

() não

d) Você participa de cursos de educação a distância (EaD) para profissionais da saúde e da educação abrangendo as temáticas do PSE?

() sim

() não

e) Você participou de ações de formação para atuar no PSE?

() sim

() não

Quais? _____

f) Se sim, como você avalia as atividades de formação de que você participou.

6) Independente do Programa Saúde na Escola, você tem desenvolvido ações odontológicas junto à comunidade escolar? Se sim escreva sobre elas.

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do Projeto: Atuação do Cirurgião dentista no Programa Saúde na Escola em municípios do Paraná

Pesquisadores responsáveis: Professora Dra. Rosa Maria Rodrigues. .
Telefone: 45-3320-3132; Mestrando: Gione André Schio.
gioneschio@hotmail.com. Telefone: 46-9937-1083.

Convidamos **você** a participar de nossa pesquisa que tem objetivo geral conhecer a inserção e atuação de cirurgiões dentistas no Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios do sudoeste paranaense. E seus objetivos específicos são: Levantar as ações desenvolvidas pela odontologia no PSE, Identificar na visão dos cirurgiões dentistas quais ações são desenvolvidas no PSE, verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas acerca do PSE, identificar como os cirurgiões dentistas avaliam as ações de saúde que desenvolvem no PSE.

Para isso será enviado um questionário através de *email* com questões abertas e fechadas elaborado de acordo com as atividades pertinentes à odontologia neste programa. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos e as divulgações dos resultados do estudo manterão o sigilo dos sujeitos e das instituições envolvidas. Todo o material será utilizado apenas nesta pesquisa e ficará sob o poder dos pesquisadores por um período de 5 anos após o qual serão inutilizados e descartados.

Durante a execução do projeto e a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar dessa pesquisa e não receberá pagamento por sua participação. Os riscos a que você está exposto nesta pesquisa, se referem ao seu possível constrangimento para responder às questões propostas. Os benefícios relacionados com a sua participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa conhecer a inserção e atuação de cirurgiões dentistas no Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios do sudoeste paranaense, contribuindo assim com o desenvolvimento do programa em seu município.

Para questionamentos, dúvidas, relatos de algum acontecimento ou maiores informações, os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento, através dos telefones e e-mails que se encontram ao final deste documento. Os dados coletados, após analisados serão devolvidos aos municípios dando o necessário retorno da avaliação realizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador e do Comitê de Ética e Pesquisa, podendo, sempre que quiser, solicitar mais informações sobre a pesquisa.

Após receber os esclarecimentos acima, declaro estar ciente do exposto e **desejo participar da pesquisa.**

Nome do sujeito participante:

Assinatura do sujeito participante:

Eu, **Rosa Maria Rodrigues** e **Gione André Schio**, declaramos que fornecemos todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Nome do pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

Professora Dra. Rosa Maria Rodrigues: . Telefone: 45-3320-3132;

Mestrando: Gione André Schio. gioneschio@hotmail.com. Telefone: 46-9937-1083;

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) UNIOESTE – Cascavel

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste - Campus de Cascavel.

Rua Universitária, 2069, Bairro: Jardim Universitário, CEP 85819-110.

2º piso da Biblioteca Central – Campus Cascavel

Telefone: 45-3220-3272 - E-mail:

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES

Emenda para as dissertações:

Atuação do Odontólogo no Programa Saúde na Escola em municípios do Paraná

Ações do Programa Saúde na Escola no município de Cascavel Paraná

Pesquisador: ROSA MARIA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 43815615.8.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.942.959

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa, através de análise de implantação utilizando o método de estudo de casos múltiplos, com dados quantitativos e qualitativos.

Serão coletados dados quantitativos disponíveis no site do Ministério da Educação no sistema Simec e dados quanti qualitativos, através de entrevistas com os coordenadores do Programa Saúde na Escola das Secretarias de Educação e das Secretarias de Saúde e com os diretores ou responsáveis pelo Programa nas escolas.

Os dados do Simec serão distribuídos em tabelas e gráficos e analisados estatisticamente. Os dados produzidos nas entrevistas serão submetidos a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. O princípio da integralidade a intersetorialidade e a interdisciplinaridade serão as categorias de análise dos dados coletados.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.942.959

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios da 10ª. Regional de Saúde no Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos a que se expõe os sujeitos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento para responder às questões da entrevista semiestruturada.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com a participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola nos municípios da 10ª Regional de Saúde que pode contribuir com o desenvolvimento do programa no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta elevado nível de relevância para a comunidade científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos anexados

Recomendações:

Projeto pode ser aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_766852 E1.pdf	03/01/2017 19:38:07		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DAD_ARQ_GIONE.pdf	03/01/2017 19:37:20	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_NAO_INICIO_GIONE.pdf	03/01/2017 19:37:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DAD_ARQ_MANOELA.pdf	03/01/2017 19:35:31	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_NAO_INICIO_MANOELA.pdf	03/01/2017 19:35:08	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
 UF: PR Município: CASCAVEL
 Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.942.959

Outros	Instrumentoodontol.pdf	10/09/2016 10:51:36	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	memo06.pdf	10/09/2016 10:10:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocasc.pdf	10/09/2016 10:04:06	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	declnaoiniciopse.pdf	10/09/2016 10:03:38	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	latesmanoela.pdf	10/09/2016 10:03:13	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	campocascavel.pdf	10/09/2016 10:02:22	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	latesgione.pdf	10/09/2016 09:59:43	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	declodontologia.pdf	10/09/2016 09:58:45	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoodontologia.pdf	10/09/2016 09:57:12	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	termocampo.pdf	10/09/2016 09:55:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleodontologia.pdf	10/09/2016 09:49:27	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMOS-DE-AUTORIZACAO-NRE- CASCAVEL.pdf	08/04/2015 21:17:06		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/04/2015 21:13:22		Aceito
Outros	LATTES_SOLANGE.pdf	08/04/2015 21:05:38		Aceito
Outros	LATTES_ROSA.pdf	08/04/2015 21:05:16		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.942.959

CASCABEL, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Prof. Dr. Fausto José da Fonseca Zamboni
Coord. do Comitê de Ética
em Pesquisa com Seres Humanos
Portaria nº 3673/2016 - CRE

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCABEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

Página 04 de 04

ANEXO II: Carta de submissão de artigo I (Revista Gaúcha de Odontologia)



RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

ISSN 0103-6971

E-ISSN 1981-8637

Indexada nas bases de dados Index to Dental Literature; BBO; Lilacs; Latindex; Portal de Periódicos Nacionais da CAPES; PubMed; Ulrich's Periodicals Directory; DOAJ, EmCare, Chemical Abstracts, EBSCO Publishing; SciELO Brasil
Qualis (CAPES) B3

Campinas, 4 de dezembro de 2017.

Prezados autores,

Venho pelo presente agradecer o envio do manuscrito "ATUAÇÃO DO ODONTÓLOGO NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ" autoria de Gione André Schio, Rosa Maria Rodrigues e Luiz Antônio Rodrigues para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. Para toda a correspondência futura relativa a este trabalho, por favor, refira-se ao número 3547.

O Conselho Editorial procederá à tramitação regular ao processo de avaliação do manuscrito que podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista, entendendo que o mesmo não foi publicado anteriormente e que não estará sendo submetido a outro periódico durante o período de revisão. Tão logo quanto possível, V.Sa. será notificada a respeito do processo de avaliação do trabalho.

Novamente grato por seu interesse na revista RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, expresso nossas saudações.

Atenciosamente

p/ 

Prof. Dr. Ney Soares de Araújo
RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

ANEXO III: Normas para publicação artigo I: Revista Gaúcha de Odontologia

Escopo e política

Política editorial da revista

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações de várias áreas da pesquisa odontológica, proporcionado à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

- a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;
- b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

d) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaios Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Procedimentos de avaliação por pares - peer review - da revista

Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito

será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação. Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores ad hoc, não forem considerados convenientes para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para que sejam realizadas as devidas alterações. O trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Especificação do público da revista

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, que contribuam para o estudo e desenvolvimento científico na área de Odontologia e suas subáreas.

Forma e preparação de manuscritos

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada

por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e a principais contribuições do estudo para a área

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações acerca de...”, “estudo exploratório”; b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Autoria: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentados por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. Observação: esta deverá ser a única

parte do texto com a identificação dos autores. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas. Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes

de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento

já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina *et al.* Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de responsabilidade, (2) Transferência de direitos autorais e (3) Contribuições do artigo, nos quais constarão:

Título do manuscrito

Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito)

Autor de contato

Data

1. Declaração de Responsabilidade: Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, não omitindo quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo; - Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a RGO - Revista Gaúcha de Odontologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a RGO - Revista Gaúcha de Odontologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

ANEXO IV: Normas para publicação artigo II: Physis Revista de Saúde Coletiva

Escopo e política

Physis é uma revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo geral é divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Atualmente, Physis está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (double-blind peer review) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho

Editorial e o editor convidado podem tanto solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberar, ao receber os artigos, com base em pareceres (double-blind peer review), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (single-blind peer review). O número de autores será limitado ao máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema ScholarOne Manuscripts, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o login, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão.
2. Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada

seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.

4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em Photoshop ou Corel Draw ou similar. Todas as ilustrações

devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em Physis estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista Physis. Quando da reprodução dos textos publicados em Physis, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a Physis, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o International Committee

of Medical Journal Editors. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

13. A Revista Physis não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de Physis), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e informações apresentados nos artigos e resenhas.

16. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "supplemental file not for review")

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha _____
foi a seguinte:

(identificação de autor 1): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor 2): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor n): (atividades desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de Physis: Revista de Saúde Coletiva, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

Assinaturas:

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 108

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.