

Avaliação das práticas educativas das equipes de saúde bucal em territórios da Atenção Básica à Saúde

Evaluation of educational practices of oral health teams in health at schools in primary health care territories

Evaluación de las prácticas educativas de los equipos de salud oral en las escuelas de los territorios de atención básica de salud

Keldiane Oliveira de Souza

Camila Soares de Carvalho

Alessandra Fabiani de Castro Alves

Josevan de Souza-Silva

Jailma Santos Monteiro

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

RESUMO

Objetivou-se avaliar as práticas de educação em saúde das equipes de saúde bucal desenvolvidas em escolas vinculadas e não vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), à luz das determinações nacionais para o trabalho na Atenção Básica que recomenda abordagens educativas participativas e comunitárias. Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com cirurgiões-dentistas (CD) das equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário IV da Atenção Básica do Recife. A amostra foi o universo dos CD (26) das unidades de saúde da família. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semiestruturado submetido à validação de face. Utilizou-se cálculos de estatística descritiva para as variáveis estudadas. Participaram 19 CD (73.1%), desses, 57,9% realizavam ações coletivas de educação em saúde em escolas vinculadas ao PSE. A maioria possui especialização em saúde da família (73,7%), capacitação sobre educação em saúde (64,3%) e 28,6% em educação popular. Independente de atuarem ou não em escolas com PSE, todos afirmaram realizar ações de saúde bucal preconizadas pelo PSE. Os CD sem PSE apresentaram integração mais forte com as escolas (87,5%) e foram os que afirmaram incluir outros profissionais no planejamento e nas avaliações das ações. Contudo, em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados ainda recorre a estratégias educacionais transmissíveis realizadas por meio de palestras e focadas apenas mudanças atitudinais em saúde bucal. Conclui-se que apesar das ações realizadas seguirem as recomendações do PSE, há deficiências relacionadas ao planejamento participativo, à integralidade das ações e sua abrangência comunitária, além de persistirem práticas educacionais restritas.

Palavras- Chave: Saúde Bucal. Saúde na Escola. Educação em Saúde. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the health education practices of oral health teams developed in schools linked to and not linked to the Health at School Program (PSE), taking into account national obligations for work in Primary Care that recommends participatory and community educational approaches. Descriptive study with a quantitative approach carried out with Dentists of the oral health teams of Sanitary District IV of Primary Care of Recife. The sample was the universe of Dentists (26) of family health units. For data collection, a semi-structured questionnaire was submitted to face validation. Descriptive statistics calculations were used for the studied variables. 19 Dentists (73.1%) participated, of which 57.9% carried out collective health education actions in schools linked to the PSE. Most have specialization in family health (73.7%), training in health education (64.3%) and 28.6% in popular education. Regardless of whether or not they work in schools with PSE, all stated that they perform oral health actions recommended by the PSE. Dentists without PSE showed stronger integration with schools (87.5%) and were the ones who claimed to include more professionals in planning and evaluating actions. However, in both groups, most respondents resort to communicable educational strategies carried out through lectures and focused only on attitudinal changes in oral health. It is concluded that despite the actions carried out follow the recommendations of the PSE, there are difficulties related to participatory planning, also the integrality of the actions and their scope, in addition to the fact that restricted educational practices persist.

Key words: Oral Health. Health at School. Health Education. Primary Health Care.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar las prácticas de educación en salud de los equipos de salud oral desarrollados en escuelas vinculadas y no vinculadas al Programa de Salud en la Escuela (PSE). Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo realizado con cirujanos dentales de los equipos de salud bucal del Distrito Sanitario IV de Atención Primaria en Recife. La muestra fue el universo de cirujanos dentales (26) de las unidades de salud familiar. Para la recopilación de datos, se envió un cuestionario semiestructurado para su validación facial. Se utilizaron cálculos estadísticos descriptivos para las variables estudiadas. Participaron 19 cirujanos dentales (73.1%), de los cuales 57.9% realizaron acciones colectivas de educación en salud en escuelas vinculadas al PSE. La mayoría tiene especialización en salud familiar (73.7%), capacitación en educación sanitaria (64.3%) y 28.6% en educación popular. Independientemente de si trabajan o no en escuelas con PSE, todos declararon que llevan a cabo acciones de salud oral recomendadas por el PSE. Los cirujanos dentales sin PSE mostraron una mayor integración con las escuelas (87.5%) y fueron los que afirmaron incluir más profesionales en la planificación y evaluación de acciones. En ambos grupos, la mayoría de los encuestados recurren a estrategias educativas comunicables llevadas a cabo a través de conferencias y centradas solo en los cambios de actitud en la salud oral. Se concluye que a pesar de que las acciones llevadas a cabo siguen las recomendaciones del PSE, la integralidad de las acciones y su cobertura comunitaria, además del hecho de que persisten las prácticas educativas restringidas.

Palabras clave: Salud oral. Salud en la escuela. Educación para la salud. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, para enfrentar o quadro socioepidemiológico da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementa uma rede de atenção ordenada pela Atenção Básica (AB) que estrutura de suas práticas em torno do referencial da Promoção à Saúde.^{1,2} Nesse âmbito são planejadas políticas de saúde e de saúde bucal que visam promover o cuidado integral em saúde, traduzido em ações individuais e coletivas, além das ações de caráter intersetoriais, considerando-se o princípio da equidade e a vulnerabilidade dos grupos sociais.^{2,3}

A intersetorialidade é um ponto chave para a promoção da saúde e tem no ambiente escolar um espaço privilegiado de ação, já que a complexidade das questões sociais encontradas na escola torna pequena ou nula a viabilidade de apenas um setor conseguir ser efetivo em sua resolução ou atenuação.⁴

Diante disso e na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos escolares da rede pública de ensino, em 2007, o Ministério da Saúde e da Educação criaram o Programa Saúde na Escola (PSE), para promover intervenções conjuntas com a finalidade de potencializar as ações delineadas pelas políticas de saúde integrais dirigidas aos escolares, crianças e adolescentes.^{5,6}

O PSE orienta que o planejamento das atividades do programa deve ser realizado com a participação dos profissionais das equipes de saúde da AB e das escolas participantes de forma contínua durante todo o ano letivo.⁷ Dentre as ações de saúde preconizadas para o PSE, destaca-se a avaliação das condições de saúde bucal, as ações de educação permanente em saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar bem como o estímulo à inclusão das temáticas de saúde que fazem parte dos conteúdos inscritos nos projetos político pedagógico das escolas.⁸

Estudos recentes informam a predominância das práticas tradicionais de educação em saúde realizadas pelas eqSF e pelas equipes de saúde bucal (eqSB)^{9,10}, apesar dos esforços nacionais para instituir um processo de trabalho, com ênfase nas ações de promoção à saúde e no desenvolvimento de processos educacionais participativos a partir do reconhecimento da realidade social das famílias, assim como, o estabelecimento de vínculo e a criação de compromisso e corresponsabilização com as populações cobertas pelas estratégias de saúde da família (ESF).¹¹

Em 2013, para superar a educação tradicional em saúde onde predomina uma “educação bancária”¹² e fornecer instrumentos teóricos e metodológicos de abordagem

participativa aos profissionais da ESF, foi implantada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) com vistas ao alcance de melhorias em graus de autonomia e autocuidado das populações dos territórios da AB, a exemplo da população escolar.^{13,14,15} Ademais, as propostas da PNEPS são condizentes com os valores e as atribuições requeridas para o conjunto de profissionais que atuam na AB^{2,13,16,17,18}, pois enfatizam os conceitos de “empoderamento”, “maior participação”, “valorização do saber popular”, “compartilhamento dos saberes”, “construção de parcerias”, “associação de conhecimento e informações”, “negociação de interesses”, entre outros.

Por outro lado, ainda são necessários estudos que aprofundem as análises sobre os tipos de práticas educativas em saúde bucal que são utilizadas nas escolas, especialmente, após a inserção das eqSB na ESF e da implantação da política nacional de saúde bucal.¹⁹ Bem como para verificar se as estratégias adotadas e as abordagens pedagógicas estão coerentes às diretrizes das políticas nacionais de promoção e educação em saúde em vigor.^{5,8,20}

Diante disso, este estudo apresenta uma avaliação das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelas eqSB do Distrito Sanitário IV do Recife em escolas vinculadas e não vinculadas ao PSE, com o interesse de verificar se as estratégias educacionais adotadas estão condizentes com as determinações nacionais para o trabalho requerido aos profissionais da AB que recomenda abordagens educativas participativas e comunitárias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, sobre as práticas de educação em saúde desenvolvidas no ambiente escolar pelas eqSB da AB do Recife.

A área do estudo abrangeu o Distrito Sanitário IV (DS IV), da Secretaria de Saúde da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, que fica localizado na zona oeste da cidade, onde as 20 unidades de saúde da família (USF) existentes estão distribuídas em três microrregiões (MR) e cobrem as comunidades com maiores carências em condições de moradia e de serviços públicos essenciais.²¹ Com relação a área da Saúde Bucal, o DS IV, em 2017, possuía, à época da coleta, 26 equipes de saúde bucal (MR1:11; MR2:6; MR3:9). Quanto ao número de escolas municipais existentes nos territórios do DS IV, o quantitativo é de 29 escolas sem PSE e 12 com PSE.

A população do estudo foi constituída pelas eqSB do DS IV do Recife. A amostra foi representada pelo membro Cirurgião-Dentista (CD) das eqSB, o que correspondeu a

26 CD. Foram incluídos todos os profissionais que no momento da pesquisa estavam atuando nas escolas realizando atividades coletivas de educação em saúde em escolas vinculadas ou não ao PSE, e que aceitaram responder ao formulário de coleta dos dados da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada, no período de agosto a outubro de 2017, por meio de um formulário de entrevista, se utilizando de um questionário semiestruturado. O mesmo foi organizado em dois blocos. O primeiro bloco incluiu variáveis sobre aspectos socioprofissional como, variáveis relacionadas ao sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na AB, possuir pós-graduação e ter participado de cursos sobre educação em saúde. O segundo bloco reuniu variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eqSB nas escolas, com foco nas ações de educação em saúde, sobre os métodos e as estratégias pedagógicas utilizados, sobre a opinião dos CD referente à satisfação da comunidade escolar com as ações desenvolvidas pelas eqSB e sobre o apoio institucional e da escola para a execução ações coletivas de saúde bucal escolar.

A elaboração do questionário foi precedida por revisão bibliográfica. Para garantir o controle de qualidade dos dados foram selecionados dois especialistas, com expertise relacionada à problemática do estudo, que avaliaram os questionários com a finalidade da obtenção da validação de face do instrumento.²² A pesquisadora, foi treinada para saber conduzir a coleta dos dados junto aos entrevistados. As entrevistas foram realizadas, individualmente (face a face), com os sujeitos da pesquisa em salas disponibilizadas pelas USF, após agendamento prévio e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados descritivamente através da obtenção de frequências Absolutas e percentuais. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos descritivos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão. 21.0. Já para a avaliação sobre o nível de integração construído entre a eqSB e a escola foi utilizada uma escala de 0 a 10, sendo classificada como interação fraca quem marcou de 0 a 3; interação intermediária de 4 a 7 e interação forte de 8 a 10.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme a Resolução 466/12 do CNS. CAAE: 68745817.0.0000.5208. Número do Parecer: 054032/2017.

RESULTADOS

Do total de 26 sujeitos, 19 CD (73.1%) participaram deste estudo. Dentre a totalidade dos respondentes, 57,9% afirmaram realizar ações coletivas de educação em saúde bucal em escolas vinculadas ao PSE e os demais relataram exercer essas ações em escolas não vinculadas ao PSE (municipais, 26,3%; particulares, 10,5%; estaduais, 5,3%).

Quanto ao perfil socioprofissional dos entrevistados, a maioria, pertence ao sexo feminino (78,9 %) e a faixa etária predominante é de 41 a 50 anos. Observou-se, também, que a maioria dos CD ingressaram na AB por meio de concurso público (84,2%), possui pós-graduação em saúde da família (73,7%), sendo que 26,3% possuem especialização em saúde coletiva e apenas 15,8% deles possuem o título de mestrado.

Em relação aos conhecimentos em educação da saúde, a maioria (73,7%) já participou de capacitações (educação continuada e/ou curso de extensão, 64,3%; curso específico em educação popular em saúde (EPS), 28,6%; especialização, 7,1%) e 23,3% deles afirmaram conhecer a PNEPS. A Prefeitura da Cidade do Recife foi a instituição mais citada (57,1%) como promotora das capacitações.

Na tabela 1, estão apresentados os resultados referentes ao processo de trabalho de educação em saúde bucal desenvolvidos pelos entrevistados no ambiente escolar. Foi afirmado por todos os CD que as relações de trabalho entre as eqSB e as escolas foram estabelecidas antes da criação do PSE. Sobre o grau de interação das eqSB com as escolas, a maioria dos respondentes que não atua em escolas com o PSE (87,5%) e menos da metade dos que atuam em escola com PSE (45,5%) relataram um nível de interação forte.

Dentre as seis ações coletivas de saúde bucal que são preconizadas pelo PSE, listadas na tabela 1, constatou-se que a totalidade dos CD, independentemente de atuar ou não atuar no PSE, afirmaram realizar quatro das seis ações preconizadas, mas nenhum deles fazem entrega de fio dental.

Quanto o planejamento participativo das ações de saúde bucal na escola, observou-se que os CD que não atuam no PSE, realizam essa atividade de maneira integrada com os demais membros da eqSB (12,5%), da eqSF (12,5%), os professores (25%) e os demais sujeitos da comunidade escolar (50%). Já 36,4% dos respondentes que atuam em escolas com PSE, não incluem as eqSF. Sobre os grupos-alvos das ações, a totalidade dos respondentes afirmou priorizar os escolares, seguido dos professores (42,1%), pais (36,8%) e merendeiras (10,5%).

Sobre a avaliação das ações de educação em saúde bucal desenvolvidas no ambiente escolar, a maioria dos CD das escolas com PSE não realiza esta ação (63,4%). Diferentemente, metade dos CD de escolas sem PSE realizam. Dentre os que realizam a avaliação, sejam atuantes de escolas com PSE (50%) e sem PSE (50%), predominou a avaliação realizada anualmente.

A opinião dos entrevistados acerca de mudanças em práticas e atitudes de autocuidado em saúde bucal observadas nos grupos-alvos das ações, foi positiva, pois a maioria dos CD respondeu sim. Ao serem perguntados (pergunta aberta) sobre os tipos de mudanças, foram citadas: adoção do hábito de escovar após o lanche, melhora na higiene bucal, adoção de dieta pouca cariogênica, maior procura ao dentista da USF, inclusão de temas de saúde bucal na sala de aula. Ressaltaram que as mudanças foram observadas apenas num curto intervalo de tempo.

Sobre o planejamento de estratégias pedagógicas, a maioria dos CD respondeu positivamente (CD com PSE, 90,9%; 07 CD sem PSE, 87,5%). Dentre os respondentes, 88,2% relataram utilizar palestras sobre autocuidado em saúde bucal com o uso de recursos demonstrativos. Outras estratégias com metodologias ativas foram citadas por 70,6% (12) dos CD.

Quando perguntados sobre a finalidade das ações de educação em saúde bucal realizadas pelos entrevistados, entre os 17 CD que responderam a essa questão aberta (11 com PSE; 6 sem PSE), a maioria deles citou: orientação/ ensinar a escovar/ promoção/ prevenção da saúde (10), seguida de empoderamento (7), estímulo ao autocuidado e hábitos saudáveis (5), corresponsabilização e vínculo (4), processo contínuo (2), diminuir risco (1) e avaliar (1).

Tabela 1. Práticas em educação em saúde desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas das eqSB do DS IV, em escolas com PSE e sem PSE. Recife, PE, 2018.

(continua)

Variável	Amostra de Cirurgiões Dentistas			
	Escolas com PSE		Escolas sem PSE	
	n	%	n	%
Relação de trabalho entre a eqSB e a escola				
Iniciada antes do PSE	11	100	8	100
Iniciada depois do PSE	0	0	0	0
Integração da eqSB e a Escola				
Interação fraca	1	9,0	0	0

Interação intermediária	5	45,5	1	12,5
Interação forte	5	45,5	7	87,5

Ações coletivas desenvolvidas na Escola

Exames epidemiológicos	10	90,9	7	87,5
Escovação supervisionada	11	100	8	100
Entrega de escova e dentifrícios	11	100	8	100
Entrega do fio dental	0	0	0	0
Aplicação tópica de flúor	11	100	8	100
Educação em saúde bucal	11	100	8	100

Planejamento participativo

Apenas eqSB	4	36,4	1	12,5
eqSB com a Equipe de Saúde da Família	0	0	1	12,5
eqSB com Professores	2	18,2	2	25,0
eqSB com Comunidade Escolar	5	45,4	4	50,0

Grupos-alvos das ações

Escolares	11	100	8	100,0
Professores	4	36,4	4	50,0
Pais	4	36,4	3	37,5
Merendeiras	0	0	2	25,0

Avaliação das ações de educação em saúde

Sim	4	36,4	4	50
Não	7	63,4	4	50

(conclusão)

Se sim, qual a periodicidade da avaliação

Anual	2	50	2	50
Semestral	2	25	1	25
Não respondeu	0	0	1	25

Mudanças em práticas e atitudes de saúde bucal

Sim	8	72,7	6	75
Não	2	18,2	1	12,5

Não respondeu	1	9,1	1	12,5
<hr/>				
Planeja estratégias pedagógicas				
<hr/>				
Sim	10	90,9	7	87,5
Não	0	0	0	0
Não respondeu	1	9,1	1	12,5
<hr/>				
Se, sim, quais estratégias utiliza ⁽¹⁾				
<hr/>				
Palestras*	9	90,0	6	85,7
Métodos ativos** e Palestras	8	80,0	4	57,1
Ambas				

(1) O mesmo respondente pode responder mais de uma opção.

*Orientações sobre técnicas de escovação e recursos demonstrativos com macro modelos da arcada dentária. ** teatro de fantoches, jogos interativos, audiovisuais, brincadeiras, roda de conversa, atividades esportivas

Nas tabelas 2 e 3 estão apresentados os resultados relativos as avaliações dos entrevistados sobre o grau de satisfação.

Na tabela 2, sobre a opinião dos entrevistados acerca da satisfação dos membros da comunidade escolar com as ações de educação bucal realizadas por eles, observou-se entre os CD com PSE valores percentuais mais elevados para a categoria satisfeito atribuídos aos gestores da escola (72,7%) e para demais funcionários (63,6%). Ao serem somadas as categorias satisfeito e muito satisfeito prevaleceu escolares e gestores da escola com os mesmos valores (81,8%). Já para os CD sem PSE, os pais obtiveram valores mais elevados de satisfação (muito satisfeito: 12,5% e satisfeito: 50%) do que os observados para CD com PSE. Da mesma forma, todos os demais membros obtiveram indicação de graus elevados de satisfação percebida pelos CD sem PSE com as suas ações na escola. Sendo que foram os escolares e os gestores das escolas que obtiveram valores máximos (100%), considerando-se a soma das categorias satisfeito e muito satisfeito. E, 37,5% desses CD consideram que os demais funcionários são indiferentes às ações que eles realizam nas escolas sem PSE.

Na tabela 3, independentemente de atuar ou não no PSE. observou-se que a maioria está satisfeita, com os diferentes apoios recebidos para o desenvolvimento das ações. Entre CD sem PSE, os valores mais elevados de satisfação (satisfeito e muito satisfeito) foram verificados para o apoio recebido da gestão da escola (87,5%) e da eqSF (87,5%) e entre os CD que atuam no PSE foi visto o menor grau de satisfação referente ao apoio dos professores (45%). Entre os CD

com PSE e sem PSE, respectivamente, 36,4% e 25% entrevistados relataram indiferença quanto ao apoio recebido dos professores. Sendo que entre os CD com PSE destaca-se graus elevados de insatisfação (insatisfeito e muito insatisfeito) e indiferença com o apoio recebido da Gestão do PSE (45,5%).

Tabela 2: Opinião dos entrevistados sobre o grau de satisfação dos membros da comunidade escolar com as ações de educação em saúde bucal realizadas. Recife, PE, 2018.

Variável	Profissional que atua no Programa Saúde na Escola										Profissional que não atua no Programa Saúde na Escola													
	Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar		Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar	
1	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolares	3	27,3	6	54,5	2	18,2							4	50,0	4	50,0								
Professores	1	9,1	6	54,5	4	36,4							4	50,0	3	37,5	1	12,5						
Pais			5	45,5	4	36,4					2	18,2	1	12,5	4	50,0	2	25,0					1	12,5
Diretora	1	9,1	8	72,7	1	9,1					1	9,1	4	50,0	4	50,0								
Demais Funcionários			7	63,6	2	18,2					2	18,2	1	12,5	4	50,0	3	37,5						

Tabela 3: Opinião dos entrevistados sobre o grau de satisfação com o apoio recebido para o desenvolvimento das ações de saúde bucal escolar. Recife, PE, 2018.

Variável	Profissional que atua no Programa Saúde na Escola										Profissional que não atua no Programa Saúde na Escola													
	Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar		Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente e		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestão do PSE			6	54,5	2	18,2	2	18,2	1	9,1														
Gestão da Escola	1	9,1	8	72,7	1	9,1	1	9,1					3	37,5	4	50,0	1	12,5	1	12,5				
Apoio Professores			5	45,5	4	36,4					2	18,2	1	12,5	4	50,0	2	25,0					1	12,5
Apoio da EqSF			7	63,6	3	27,3	1	9,1					3	37,5	4	50,0			1	12,5				

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou analisar alguns aspectos do processo de trabalho em educação em saúde bucal escolar e cujo material possibilitou reflexões acerca do tema.

Foi revelado que mais da metade dos CD participantes realizam ações educativas em escolas vinculadas ao PSE. Esse fato sugere que as políticas intersetoriais planejadas para atuação das equipes de saúde no ambiente escolar^{2,8,20,23} estão sendo efetivadas na área do estudo. Em Natal, Rio Grande do Norte, foi verificado um grau incipiente de implantação do PSE.²⁴ Outro estudo semelhante sobre a implantação do PSE em uma escola pública de Fortaleza, Ceará, identificou que a experiência favoreceu aos profissionais de saúde e saúde bucal compreenderem o seu papel social de educador.¹⁴

Sobre o perfil sociodemográfico dos entrevistados a maioria deles era do sexo feminino. Isto é coerente com outros estudos que informam haver mais CDs mulheres no Brasil assim como observado para outras profissões de saúde.^{25,26} Considerando a idade e a qualificação profissional da maioria desses profissionais investigados - que relataram possuir especialização em saúde da família e terem participado de processos formativos de educação em saúde - os resultados apontaram para a presença de uma força de trabalho com maior experiência em atuação na AB do DS IV do Recife, diferente do observado em outros estudos.^{27,28}

Contudo, observou-se que apenas uma minoria tinha capacitação em EPS assim como conhecimentos sobre a PNEPS,¹³ embora a instituição promotora que mais ofertou as capacitações tenha sido a prefeitura do Recife, responsável pela condução das Políticas de Educação Permanente e Atenção Básica do município.²¹ Esse resultado pode estar revelando dificuldades no processo de substituição de práticas conservadoras profissionais, onde predominam formas mais tradicionais de educação em saúde, por práticas pautadas no referencial da promoção à saúde,²⁰ da EPS¹³ e nas diretrizes da PNAB.² Um estudo realizado em doze unidades de saúde de atenção primária verificou que na maioria das práticas coletivas das eqSF não tinham relação com a EPS.²⁹

Neste estudo, todos os entrevistados afirmaram desenvolver práticas coletivas e de educação em saúde em escolas do DS IV, mesmo antes da implementação do PSE. Este resultado pode estar de acordo com a tradição dos modelos de atenção em saúde bucal, com forte viés escolar que foi praticado no país, a partir da década de 50 do século XX^{30,32}. Porém, encontra consonância com as determinações nacionais para o agir da eqSB, integrado ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família^{3,15}; fato que possibilitou o planejamento de ações de promoção à saúde do escolar articuladas e regulamentadas pelo PSE, com o interesse de

proporcionar aos escolares dos territórios da AB a participação em ações de saúde que enfrentem as vulnerabilidades que comprometem o bem viver dessa população.^{31,32} Contudo, ainda é relatado a predominância de práticas conservadoras na área da educação em saúde bucal escolar.^{9,10}

Um estudo de base nacional, que utilizou dados secundários coletados, de 17.202 eqSF com atividades no PSE, identificou que todas as regiões do país apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola, sendo a região Norte a que mais executa ações dirigidas ao escolar (80,5%), seguida da região Nordeste.³¹ Contudo, o estudo ressaltou a necessidade de serem alocados mais recursos para capacitação dos profissionais no sentido de sensibilizá-los para a importância da educação em saúde. Ao mesmo tempo, outros autores sublinham a importância de serem planejadas capacitações das equipes de saúde da AB, voltadas ao trabalho nas escolas, com abordagens problematizadoras e contextualizadas¹³ com vistas a obtenção de ganhos em autonomia e protagonismo de toda a comunidade escolar para o alcance de melhores níveis de saúde das crianças e adolescentes.^{10,33}

No entanto, neste estudo, apesar da presença do PSE em mais da metade das escolas de atuação dos entrevistados, os dados evidenciaram que a maioria dos entrevistados que atuam em escolas sem PSE possuem um grau de interação de nível forte com as escolas. Um outro estudo, identificou a falta de conhecimento dos profissionais das eqSF sobre ações ou programas de promoção da saúde na escola, como o PSE, 47,7% dos entrevistados não souberam avaliar o PSE ou ainda o definiram como positivo, mas alguns não tiveram argumentos para embasar a sua resposta.³⁴

Apesar de ser recomendado o trabalho interprofissional e participativo para a atuação das equipes de saúde da AB nas escolas,⁸ os resultados obtidos sobre a realização do planejamento participativo demonstraram que os CD de escolas com PSE planejam as ações de saúde bucal sem a participação dos membros das eqSF, mas uma minoria de CD de escolas sem PSE relatou incluir membros das eqSF nessa atividade. Dificuldades para a condução de um processo de trabalho integrado são também verificados em outros estudos, fato que prejudica a condução do trabalho multiprofissional requerido às equipes de saúde da AB, com a intenção de impactar positivamente nos resultados em saúde a serem alcançados nos territórios da AB.^{38,39,40}

Por outro lado, como é recomendado pelo PSE,⁸ observou-se entre os entrevistados uma intencionalidade no desenvolvimento do planejamento participativo e ascendente, isto é, compartilhado com os professores e a comunidade escolar. Ressalta-se que as orientações

nacionais, a exemplo da PNEPS¹³, indicam que a programação das ações promotoras da saúde na escola seja participativa e pautada no diálogo para o enfrentamento qualificado da problemática de saúde dos escolares oriundos das classes subalternas e moradores dos territórios de saúde da AB, sob a responsabilidade das equipes de saúde.^{2,16,17,29,31}

Contudo, foi evidenciado que as ações das eqSB são planejadas prioritariamente para os escolares apesar de alguns entrevistados terem afirmado incluir os professores, pais e as merendeiras. Tal situação foi mais observada entre os respondentes de escolas sem PSE. Concordâncias foram encontradas com um outro estudo que identificou terem sido os escolares o principal público-alvo das ações de educação em saúde.⁴²

Neste estudo, a prática de avaliação das ações de saúde foi realizada por menos da metade dos entrevistados, predominando uma periodicidade anual. Um quantitativo maior de respondentes de escolas sem PSE afirmou avaliar as ações coletivas/educativas programadas. Contraditoriamente, a maioria dos entrevistados de escolas com PSE não realizam essa atividade avaliativa que é fortemente recomendada pelo Programa^{5,8}. Esse resultado aponta fragilidades formativas dos respondentes que carecem de processos de educação permanente nessa área.

Paulo Freire⁴⁴, ao discutir sobre os saberes necessários à prática educativa promotora da autonomia, ressaltou que a avaliação deve ser realizada constantemente durante todas as etapas de uma intervenção pedagógica, por meio de encontros potentes e inclusivos, com implicação comprometida dos envolvidos. Em concordância, outros autores como Pedrosa⁴⁵ e Silva e Bodstein⁴⁶ discutem que o princípio pedagógico numa perspectiva emancipatória e voltado à construção de políticas de promoção e educação em saúde, prescinde da inclusão de processos avaliativos de caráter participativo, democrático e permanente. Nessa perspectiva, a avaliação irá contribuir para orientar as tomadas de decisões tanto nos aspectos do conteúdo, como sobre a metodologia e as estratégias adotadas propiciando desenvolver em todos os sujeitos da ação a reflexão crítica para o enfrentamento criativo e proativo dos problemas da realidade no momento em que a intervenção está sendo desenvolvida.^{44,45,46}

Sobre o leque de ações de saúde bucal escolar pode-se verificar que dentre as seis ações coletivas de saúde bucal que são preconizadas pelo PSE, a totalidade dos participantes executa a maioria delas, independente de atuarem em escolas com ou sem o PSE. Esse resultado sugere que os CD de escolas sem PSE, foram informados sobre as ações de saúde bucal preconizadas pelo programa, o que pôde ter favorecido a inclusão das recomendações PSE⁸ nas suas práticas coletivas na escola.

Por outro lado, estudos informam, a persistência das práticas de educação em saúde conservadoras centradas em palestras e que não condizem com o modelo de educação em saúde requerido às práticas de promoção da saúde solicitadas à AB.^{42,47} Já, neste estudo, a utilização de estratégias educativas e metodologias pedagógicas mais interativas, dinâmicas e participativas foi relatada assim como as palestras.

A existência de práticas educativas conservadoras observadas, neste estudo, está em concordância com outras investigações semelhantes^{7,9,10,33,47,48} que identificam resistências das eqSB para adoção de práticas educativas inovadoras e participativas como as concebidas pela PNEPS¹³ que é baseada na pedagogia participativa e emancipatória. Nesse sentido, as orientações dessa política, além de orientar o trabalho educativo com conceitos de “empoderamento”, “maior participação”, e “valorização do saber popular”, desenvolve também conceitos como “compartilhamento dos saberes”, “construção de parcerias”, “atitudes reflexivas e críticas”, “saber ouvir”, “relação dialógica”, “socialização de experiências”, “associação de conhecimento e informações”, “negociação de interesses”, entre outros.^{12,13,17,18,44}

Ao mesmo tempo os dados revelaram que as ações de educação em saúde realizadas pelas eqSB nas escolas do DSIV não possuem potência suficiente para promover a construção de ações promotoras da saúde que incidam na complexidade dos processos saúde-doença.^{42,50} Isto porque, apenas uma minoria dos entrevistados consideraram o empoderamento como um dos objetivos da educação em saúde escolar. A maioria considerou que a finalidade das suas ações de educação em saúde bucal era voltada à introdução ou mudança de hábitos comportamentais em saúde bucal dos escolares. Apesar de ser discutido amplamente que as estratégias educativas em saúde intersetoriais devem almejar o compartilhamento de saberes e a mobilização dos atores envolvidos para a modificação dos fatores de risco e determinantes sociais da saúde que estão incidindo, no caso, sobre os escolares e suas famílias residentes dos territórios da AB do Recife.^{23,33,37}

Esses resultados são concordantes com os estudos que perceberam dificuldades das eqSF e eqSB no desenvolvimento de um processo de trabalho com inclusão da abordagem comunitária - com ênfase nas ações de promoção à saúde e nos processos educacionais participativos.^{9,10,11} E, expõem deficiências formativas dos entrevistados para uma atuação adequada a realidade das classes populares, alvo das intervenções da AB. Além de apontar uma atuação não condizente com as diretrizes da PNEPS^{35,36} e revelar insatisfação com o apoio dos gestores do PSE (Tabela 3). No estudo de Flisch et al,³⁷ a maioria das eqSF entrevistadas

reconheceram a necessidade de obterem aperfeiçoamento em práticas coletivas de educação em saúde, apenas 4,7% responderam que utilizam a pedagogia freireana¹² e 2,8% reconheceram que não há fundamentação teórica nas práticas coletivas.

Apesar disso, na opinião dos entrevistados, houve satisfação dos membros das escolas com as ações educativas realizadas pelas eqSB. Os maiores valores de satisfação percebidos pelos CD que atuam em escolas sem PSE foram obtidos para os pais. Contudo, não relataram insatisfação da comunidade escolar relacionadas ao tipo, conteúdo ou amplitude das ações desenvolvidas. Fato que pode denotar desconhecimento sobre os objetivos finalísticos das atividades intersetoriais de promoção à saúde propostas para esse ambiente escolar.^{16,31,50}

Considera-se como limitações do estudo, a baixa validade externa por ter sido realizado em uma amostra de apenas um distrito sanitário. Por outro lado, tem-se como pontos fortes os cuidados metodológicos na construção e aplicação do instrumento de coleta de dados para que os resultados expressassem de fato a opinião prestada pelos participantes, minimizando o viés de informação. Estudos dirigidos a populações semelhantes são necessários para confirmar esses achados.

Por fim, de uma maneira geral, os problemas aqui discutidos informam para a necessidade de serem planejadas estratégias formativas para provocar alteração intencional nas práticas de educação em saúde formuladas para as eqSB, que devem ser conduzidas pelos referenciais da promoção e EPS.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo informam que sujeitos entrevistados das eqSB do DSIV já desenvolviam práticas de saúde bucal no ambiente escolar antes PSE. Apesar da presença do PSE em mais da metade das escolas de atuação dos CD, o grau de interação forte com a escola foi evidenciado entre as eqSB que atuam em escolas sem PSE.

Independentemente dos CD atuarem ou não em escolas com PSE, as ações coletivas e educativas desenvolvidas nesse ambiente, seguem as recomendações do PSE. Contudo, foi identificado deficiências relacionadas ao planejamento integrado e participativo, a inclusão dos processos avaliativos participativos e permanentes. E a persistência de práticas educacionais restritas e mais voltadas às mudanças em atitudes de cuidado em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011 may; 377(9779): 1778-1797.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2015; 25 (4): 1207-1227.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde na escola, Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
6. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira –Junior AD, Moreira TMM . Implantação do Programa Saúde na escola em fortaleza-Ce: atuação de equipe da estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2012 nov/dez; 65(6): 1026-9.
7. Vieira AC, Vieira VS. A necessidade de capacitação dos profissionais do programa saúde na escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. *Ciência em Tela*. 2011;4 (2).
8. Ministério da Saúde (Brasil). Instrutivo PSE . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
9. Sityá DS, Giacomini GO, Sangioni LA , Sendtko CRS, Unfer B. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. *RFO UPF*. 2014;19 (3).
10. Mendes JDR, Freitas CASL, Dias MSA, Bezerra MM, Mourão Netto JJ, Fernandes DR. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev bras de promoção da saúde*. 2017;30(1).
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9 (2):201-2.
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra. Pp.57-76. 1996.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de educação popular em saúde. portaria nº 2,761, de 19 de novembro de 2013.
14. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira –Junior AD, Moreira TMM . Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2012 nov/dez; 65(6): 1026-9.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Bucal, Caderno de Atenção Básica, n. 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (BRASIL, 2008)
16. Santos AAG. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciênc. saúde coletiva. 2012 maio;17(5):1275-1284.
17. Coelho MMF, Miranda KCL, Bezerra STF, Guedes MVC, Cabral RL, Lima. “Papo irado”: Tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 502-506
18. Torres CA, Barbosa SM, Pinheiro PNC, Vieira NFC. A saúde e a educação popular com adolescentes. Rev. Rene. 2010 out./dez; 11(4):47-56.
19. Lemkuhl I, Souza MVC, Cascaes AM, Bastos JL. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. Cad Saúde Colet (Rio J). 2015;23(3):336-46.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
21. Recife, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.
22. Freire, MCM, Silva, SA. Instrumentos de coleta de dados em epidemiologia da saúde bucal. In: Antunes JLF.; Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 376-383.
23. Melo MDCM, Monteiro JS. Promoção da saúde bucal do adolescente: uma abordagem integrada na Atenção Básica à Saúde do Recife. In: Vivências de extensão em educação popular no Brasil, v.3: Extensão e educação popular na reorientação de práticas, políticas e serviços de saúde. Organizadores: Cruz PJSC, Rodrigues APME, Pereira EAAL et. al. João Pessoa, Editora do CCTA, 2018.
24. Medeiros ER. Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal [Dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte ; 2017. 78f.
25. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Dental Press. 2010;196:1-98.
26. Wermelinger M et al. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. Divulg saúde debate. 2010;(45):55-71.
27. Costa RM et al. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. Revista Odontológica do Brasil Central. 2011;19(51).
28. Manassero FB, Bavaresco CS. inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Revisão de literatura . Rev. APS. 2016 abr/jun; 19(2): 286 - 291.

29. Ferrugem RD, Pekelman R, Silveira LR. Atividades educativas no serviço de Atenção Primária à Saúde: a Educação Popular em Saúde orienta os princípios dessas práticas?. *Revista de APS*. 2016; 8 (4).
30. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude em Debate*. 2009;33(81):64-71.
31. Machado, MFAS et al . Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J. Hum. Growth Dev. São Paulo*. 2015; 25 (3):307-312.
32. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1791-803.
33. Eberhardt TD, Reis LF. Programa Saúde na Escola – PSE: estruturado de acordo com os princípios do SUS? . *Anal*. 2011.
34. Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, Souza ES, Souza FC, Santana MS, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev Med Minas Gerais*. 2014; 24 (Supl 1): S43-S48.
35. Jahn AC, Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Guth EJ, Lima SBS. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. *Rev Enferm*. 2012 Set/Dez;2(3):547-552.
36. Amaral MCS, Pontes AGV, Silva JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface*. 2014; 18 (Supl 2):1547-1558.
37. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. *Interface. Comunicação saúde educação*. 2014; 18 (Supl 2):1255-1268
38. Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 134 f. : mapas Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
39. Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Néttó OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):471-480.
40. Santos RR, Lima EFAL, Freitas PSS, Galavote HS, Rocha SEM, Lima RCD .A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*. 2016,jan-mar; 18(1): 130-139.
41. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MHN, Medeiros DC. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro. 2017 mar; 41(Especial):167-179.

42. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG .A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1781-1790.
43. Ferreira et al. Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola : utilização da metodologia de avaliação rápida / Izabel do Rocio Costa Ferreira...[et al.]. -- Curitiba: Editora Champagnat, 2014.
44. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
45. Pedrosa JIDS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*.2004; 9 (3): 616-626.
46. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(6):1777-1788.
47. Silva KL, Sena RR, Gandra EC, Matos JAV, Coura KRA. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da Enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2014 jul/set; 18(3): 614-622.
48. Manço AM, Costa FNA. Educação nutricional: caminhos possíveis. *Alim. Nutr. Araraquara*, 2004;15 (2):145-153.
49. 50. Nery VAS, Nery IG, Nery WG. A Educação Popular é considerada um saber importante para a construção da participação social na medida em que vem contribuindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2012 jan/dez;5(1):114-129.
50. Santos KF, Bógus CM. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(3):123-133.