

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:  
ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

Grasiela Garrett da Silva

**“ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
BUCAL”**

Dissertação de mestrado, apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Odontologia, Área de Concentração:  
Saúde Coletiva, Universidade Federal  
de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Daniela Lemos  
Carceneri, Dr<sup>a</sup>

Co-orientador: Prof<sup>o</sup> Cláudio José  
Amante, Dr<sup>o</sup>

FLORIANÓPOLIS

2012

Catlogação na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

S586e Silva, Grasiela Garrett da  
Estudo qualitativo sobre educação em saúde bucal  
[dissertação] / Grasiela Garrett da Silva ; orientadora,  
Daniela Lemos Carcereri. - Florianópolis, SC, 2012.  
1 v.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Educação em saúde. 3. Educação -  
Programas de saúde. 4. Saúde bucal. I. Carcereri, Daniela  
Lemos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa  
de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE  
COLETIVA

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública em 27 de fevereiro de 2012, considerou a candidata GRASIELA GARRETT DA SILVA aprovada.

---

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini  
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Odontologia

---

Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri

---

Profa Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

---

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello



Dedico este trabalho a minha amada mãe Margareth e meu querido Paddah, Arthur, por me oportunizarem a vivência no projeto Um Sorriso pela Estrada e pela experiência de vida, culminando com a realização desta pesquisa.



## AGRADECIMENTOS

A Deus, que torna as coisas possíveis.

A meu pai, Roberto, presença constante e iluminada em minha vida.

A minha mãe, Margareth, exemplo de ser humano, profissional e mãe.

Por sempre acreditar no meu potencial, e pelo amor incondicional.

A meus irmãos, Andreza e Maury, pela amizade, carinho e apoio. Sou muito feliz por tê-los sempre ao meu lado.

Ao querido paddah, Arthur, por dividir sua experiência, pelos ensinamentos da vida.

Ao meu companheiro de todas as horas, César, pelo amor, compreensão e cumplicidade.

Aos meus queridos avós Dinah, Maury (in memorian), Ursulina e Ayrton (in memorian), sempre presentes em minha vida e educação.

A Cristiane, Ademar, Leilane e Fernando, pessoas especiais que se aproximaram e percorreram comigo este trajeto, por sua atenção e amizade.

A professora Daniela Lemos Carcereri, minha competente orientadora, por me apresentar a Saúde Coletiva e me receber de forma inesquecível na pós-graduação, minha admiração, respeito e reconhecimento. Agradeço a confiança e incentivo sempre!

Ao professor Cláudio José Amante, estimado co-orientador, por sua visão multidisciplinar, holística e integral da Odontologia.

A Ana Maria Vieira Frandolozo, pela competência e excelência no atendimento a todas as necessidades da pós graduação.

Ao professor Marco Aurélio Da Ros, por me ensinar Educação em Saúde como uma história interativa e próxima.

A professora Efigênia Ferreira e Ferreira, por sua sempre atenção e contribuição incondicional ao trabalho.

A professora Ana Lúcia Ferreira de Mello, pesquisadora nata, pelos ensinamentos qualitativos para pesquisa e para a vida.

Aos professores João Carlos Caetano, Vera Lúcia Bosco, Inês Beatriz da Silva Rath, Karen Glazer de Anselmo Peres, Marco Aurélio Peres, Hubert Gesser, Sérgio Fernando Torres de Freitas, Mariane Cardoso, Michele da Silva Bolan, Saulo Fortkamp, Zuleika Maria Patrício, pelo conhecimento e experiência compartilhados ao longo do curso.

Ao magnífico Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina, Prof. Dr. Álvaro Prata.

Ao Centro de Ciências da Saúde, na pessoa da Diretora Prof<sup>a</sup> Kenya Schmidt Reibnitz.

Ao Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini, Coordenador do Programa de Pós Graduação em Odontologia – UFSC.

A CAPES, pela concessão de Bolsa de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva.

Às cidades de Tijucas, Barra Velha, Gaspar e Rio do Sul, pela especial e fraterna recepção aos projetos, pela contribuição profícua a pesquisa, pela colaboração em todas as etapas do projeto e do estudo, meus agradecimentos aos Secretários Municipais de Educação e Saúde, aos diretores e professores das escolas visitadas,.

As crianças das escolas visitadas, razão da existência do projeto.

As amigas Nara, Anelise, Beatriz e Denise, pela torcida em toda a trajetória acadêmica.

Aos colegas da pós graduação, Carla, Alessandra, Márcia, Heloisa, Daniela Garbin, Daniela de Rossi, Gianina, Sônia e Alex, pela parceria e oportunidade de troca de conhecimento.

Aos funcionários do Centro de Ciências da Saúde, pelo pronto atendimento as solicitações administrativas e logísticas.



## RESUMO

As ações de educação em saúde são fundamentais como direito de cidadania. Tradicionalmente têm se pautado na transmissão de conhecimento visando à mudança de hábitos. Busca-se superar este modelo com a educação popular em saúde, através do empoderamento da população e de ações de saúde integrais que requerem construção compartilhada do conhecimento, partindo do saber anterior do educando, ampliando a comunicação, a interação cultural e social. Um projeto brasileiro integrado leva música e educação em saúde bucal à população de cidades brasileiras desde 2003. Visando promover saúde são desenvolvidas ações educativas específicas a cada ciclo de vida e, ao anoitecer, acontecem concertos de piano com repertório de música clássica e erudita. A pesquisa objetiva compreender a percepção dos sujeitos e as ações envolvidas neste projeto integrado à luz do referencial teórico da educação popular e saúde. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório, realizado em 04 municípios do estado de Santa Catarina que receberam o projeto no ano de 2010. A coleta de dados foi realizada através de grupos focais (GF) com número máximo de 10 participantes em cada escola, entre professores, diretores e secretários municipais. Os dados foram registrados em gravações de voz digital e as informações relevantes no diário de campo. Após a transcrição foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Três categorias foram identificadas: 1. Percepções sobre o método utilizado, 2. Percepções sobre o conteúdo abordado e 3. Percepções sobre os sujeitos envolvidos.

Com relação ao método, o planejamento conjunto e o aspecto lúdico foram percepções positivas. Como percepções acerca do conteúdo foram citados aqueles que enfocavam a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Os sujeitos envolvidos reconheceram a necessidade de maior envolvimento dos pais no projeto e destacaram a participação das crianças e dos professores. Os relatos apontaram que a integração entre as atividades de saúde bucal e de música não foi percebida havendo destaque para o projeto de educação. Concluiu-se que o projeto estudado mostrou-se como uma oportunidade de construir conhecimento, compartilhar experiências e agregar valor ao trabalho pedagógico desenvolvido pelas escolas. Aponta caminhos para a prática de um modelo de educação em saúde bucal pautado no paradigma da educação popular em saúde.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Programas de Educação. Programas de Saúde. Saúde Bucal.



## ABSTRACT

Actions of health education are fundamental for citizenship right. They have been traditionally based on transmission of knowledge in order to change habits. It aims to overcome this model by popular education in health through empowerment of the population and with integral health actions that require shared construction of knowledge, based on the student's previous knowledge, increasing communication, the cultural and social interaction. A Brazilian integrated project brings music and oral health education to the population of Brazilian cities since 2003. In order to promote health education actions specific to each life cycle are developed and in the evening piano concerts took place with a repertoire of classical music. The research aims to understand the subjects perceptions and actions developed in this integrated project by the light of the theoretical framework of popular education and health. This is a descriptive and exploratory qualitative study conducted in 04 municipalities in Santa Catarina state who received the project in 2010. Data collection was conducted through focus groups with maximum of 10 participants including teachers, principals and municipal secretaries. Data were registered in digital recordings and the relevant information were noted in the daily field. After transcription were analyzed using Content Analysis of Bardin. Three categories were identified: 1. Perceptions about the method used, 2. Perceptions about the content and 3. Perceptions about the subjects involved. About the method, the joint planning, dynamism, dialogue and playful were positive perceptions. As perceptions about the content were cited those focused on health promotion and disease prevention. The subjects involved recognized the need for greater parental involvement in the project and emphasized the participation of children and teachers. The reports indicated that the integration of oral health activities and music it was not perceived emphasizing the education project. It was concluded that the project studied proved to be an opportunity to build knowledge, share experiences and add value to the educational work done by the schools. It shows ways to practice a model of oral health education guided by the paradigm of popular education in health.

**Keywords:** Health Education. Education Programs. Health Programs. Oral Health.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	17
2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	23
2.1.1. Educação tradicional.....	25
2.1.2. Educação popular.....	26
<b>3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>31</b>
3.1. HISTÓRICO.....	32
3.2. AÇÕES EDUCATIVAS.....	34
<b>4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>37</b>
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>39</b>
<b>6. ARTIGO A SER SUBMETIDO PARA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>43</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....</b>	<b>65</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE A - Informações das instituições (cidades, número de alunos).....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista de Grupo Focal.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C - Modelo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO A - Caderno ilustrado do projeto.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – certificado n. 1867.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO C - Normas da revista.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO D - Outros trabalhos publicados durante o Mestrado.....</b>	<b>85</b>



## 1. INTRODUÇÃO

As ações de educação em saúde são fundamentais como direito de cidadania e melhoria na qualidade de vida. Tradicionalmente têm se pautado na transmissão de conhecimento visando mudança de hábitos. Ações de saúde integrais requerem construção compartilhada do conhecimento, partindo do saber anterior do educando, ampliando a comunicação, interação cultural e social com a população.

Os estudos acerca deste tema têm se dedicado em entender a forma mais adequada e eficaz de realizar ações educativas preventivas almejando a melhoria na condição bucal da população (PAULETO et al, SILVA et al, AQUILANTE et al, SOUZA et al) Os projetos educativos preventivos até então estudados remetem a práticas pontuais e eventualmente, consideram a conscientização e empoderamento. O sentido genuíno da educação em saúde precisa ser considerado e vivenciado para resultados efetivos e longínquos. Em virtude disto, percebeu-se a necessidade em estudar este projeto de educação em saúde, por tratar-se de um projeto diferenciado em seu escopo.

O projeto integrado de Educação em Saúde e Música apresentado (PROSPE – anexo 1) percorre o país desde 2003, proporcionando acesso a educação em saúde e música para a população brasileira. Têm característica itinerante e as ações são desenvolvidas por profissionais da saúde e da música. Durante o dia, atividades educativas preventivas são realizadas em instituições públicas e ao anoitecer, a população da cidade assiste a um concerto de piano na praça central da cidade.

O trabalho traz subsídios para o desenvolvimento de programas educativos preventivos em saúde bucal na medida em que busca conhecer a percepção dos envolvidos.

O objetivo geral da pesquisa é compreender a percepção dos envolvidos (professores, gestores e crianças) em relação às ações desenvolvidas em um projeto que integra educação em saúde e música. São objetivos específicos: Compreender o alcance das atividades desenvolvidas no referido projeto na percepção dos envolvidos; Relacionar o referencial da Educação Popular em Saúde com o modelo tradicional de ações educativas em Odontologia; Estudar a contribuição do referido projeto para a política de educação em saúde com ênfase nas ações coletivas de saúde bucal e conhecer as fortalezas e debilidades de um projeto de educação em saúde integrado com projeto de música.





## 2.REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O movimento de promoção de saúde emergiu da necessidade de uma mudança fundamental na estratégia para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. O reconhecimento de que intervenções isoladas de educação em saúde bucal tinham um valor muito limitado e a frustração advinda dessa constatação levaram a uma redescoberta de uma abordagem de saúde pública para a prevenção (WATT, 2004).

Enquanto a prevenção direciona suas ações a antecipar o aparecimento de agravos, através de medidas comprovadamente profícuas, a promoção de saúde ocupa-se com a implementação de medidas intersetoriais eficazes e eficientes a fim de garantir melhor qualidade de vida à população.

Segundo a Organização Mundial para de Saúde, “a Promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (OPAS, 1986).

A Carta de Ottawa (1986) indica cinco áreas essenciais de ação de promoção de saúde:

1. Criação de ambientes favoráveis à saúde, que apóiem escolhas saudáveis: a mudança dos modos de vida, de trabalho e de lazer tem significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção de saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção ao meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

Neste sentido, o Informe Lalonde, documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, define o conceito de Campo da Saúde como constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esse documento apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores.

2. Desenvolvimento de habilidades pessoais: a promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

3. Políticas públicas saudáveis: a promoção da saúde coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. Trata-se de uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A política de promoção de saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

4. Fortalecimento da ação comunitária: a promoção de saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

5. Reorientação de serviços de saúde: a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

Desde então, a OMS associou a sua publicação de 1986, um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta. Refere-se também a uma combinação de estratégias, trabalhando com a idéia da responsabilização múltipla. A grande valorização do conhecimento popular e da participação social consequente é a base da formação conceitual das práticas de saúde. O que vem a caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista da determinação geral das condições de saúde. Isto se sustenta no conceito da saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados da saúde (OMS, 2000)

Desta forma, a promoção da saúde coloca a necessidade fundamental do reconhecimento da determinação mais ampla da saúde, não somente acreditando que a saúde de crianças é basicamente uma questão de mantê-las limpas e evitar que adoçam. Modelos teóricos explicativos da determinação da saúde que reforçam a inter-relação e a interdependência entre fatores sociais e culturais, por um lado, e fatores ambientais, estruturais e materiais, por outro, têm influenciado mais diretamente as ações de saúde pública voltadas para a população infantil nas últimas décadas (MOYSES, RODRIGUES, 2004). O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, procura explicitar como fatores individuais, incluindo aspectos biológicos e de estilo de vida, estão

relacionados com o suporte social e comunitário oferecido pela família, cuidadores, amigos e outros elementos significantes dentro da comunidade local. Estes, por sua vez, sofrem influência direta de condições de vida e trabalho, incluindo habitação, renda, acesso a serviços, as quais são sobredeterminadas por condições sociais e econômicas mais amplas como desenvolvimento econômico, políticas públicas, forças sociais culturais e ambientais. Nessa perspectiva, promover saúde envolve a construção de ações que interfiram nesses determinantes (MOYSES, RODRIGUES, 2004).

O Modelo Teórico da Promoção da saúde proposto por Kusma, Moyses e Moyses constituiu-se o referencial para a construção da matriz de indicadores de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal, baseando-se nos pilares e valores da Promoção da Saúde. Os pilares incluem a Equidade, Participação e Sustentabilidade e são considerados como as bases teóricas para a indicação de valores da avaliação. Os valores são definidos como a âncora moral para as estratégias de promoção da saúde e incluem a Governança, Autonomia, Empoderamento, Intersetorialidade e Integralidade. A construção de indicadores de avaliação contempla três dimensões estratégicas: saúde bucal, políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento humano e social (KUSMA et al, 2010).

O suporte social criado nos ambientes onde crianças vivem, como a casa, a creche, a escola, a comunidade, torna-se essencial para a construção de sua saúde. O suporte provido por pessoas da família ou pessoas importantes na escola ou na comunidade pode encorajar as crianças a assumirem comportamentos saudáveis. Efeitos diretos sobre a saúde podem também resultar do suporte social através da ampliação da percepção de controle sobre o ambiente, reforçando a autoconfiança, o que melhora o bem-estar e a imunidade a doenças. A família é considerada um espaço social poderoso para promover bem-estar físico e emocional. Representa um papel importante na prevenção e no controle de doenças, influenciando os conceitos sobre saúde e doença de crianças, comportamentos em saúde, prevenção e combate a doenças. Influências familiares em respostas afetivas, cognitivas e comportamentais de crianças são diretamente relacionadas à promoção de saúde geral e bucal. A família dá suporte quando cria o ambiente necessário para uma vida saudável aumentando a auto-estima e confiança, criando oportunidades de acesso a bens, equipamentos e tempo que facilitam práticas de saúde e fornecendo informações necessárias para escolhas mais saudáveis. Assim, a criação de políticas públicas centradas no suporte ao núcleo familiar será uma importante

estratégia para a promoção de saúde para crianças (MOYSES, RODRIGUES, 2004).

Em conjunto com a família, escolas são espaços essenciais para o desenvolvimento individual e social, conduzindo a um estilo de vida saudável, contribuindo para a criação e manutenção da saúde de seus funcionários, alunos e comunidades locais (MOYSES, RODRIGUES, 2004). Um elemento importante para fazer da escola um ambiente para a aprendizagem positiva e a construção da vida parece ser a criação de um espaço que explicitamente apóie o bem estar físico, emocional e social de seus estudantes, além de sua realização acadêmica. Portanto, os esforços de promoção de saúde para crianças não deveriam estar ligados ao desenvolvimento de programas voltados a comportamentos de saúde específicos, como fumo, dieta ou escovação dentária, mas também deveriam considerar o ambiente escolar total ao qual as crianças estão expostas diariamente (MOYSES, RODRIGUES, 2004). Neste sentido, o conceito de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) emergiu nos anos 80, com o apoio da OMS, como um mecanismo de integração de diferentes elementos que, combinados, poderiam favorecer o máximo sucesso na obtenção de resultados educacionais e de saúde. Esses elementos incluiriam o currículo, o ambiente escolar, os serviços de saúde oferecidos pela escola, as parcerias com a comunidade e as políticas escolares de suporte à saúde. Este conceito de EPS tem se difundido em muitas partes do mundo como uma estratégia importante que provê oportunidades para diminuir desigualdades em saúde, não somente entre jovens, mas também na população como um todo (MOYSES, RODRIGUES, 2004). Os esforços dirigidos à promoção de saúde devem levar em consideração o ambiente escolar como um todo, ou seja, seu projeto pedagógico, contexto social, segurança ambiental, serviços de saúde oferecidos na escola, parcerias com a comunidade, criando assim, oportunidades para que as crianças desenvolvam habilidades para fazer escolhas que promovam saúde. Estes autores concluem que as estratégias de promoção da saúde dirigidas à criança são responsabilidade não apenas de indivíduos, mas de famílias e comunidades, requer fundamentalmente maior compromisso político com a diminuição das iniquidades sociais e de saúde. (MOYSES, RODRIGUES, 2004).

Considerando os modelos teóricos e a abordagem de fator comum de risco, que reconhece que as condições crônicas, tais como doença coronária, infarto, câncer, diabetes, doença mental e doenças bucais, sendo os maiores problemas de saúde pública em todo o mundo compartilham um conjunto de riscos comuns, a promoção de saúde

eficaz requer que os profissionais trabalhem conjuntamente como membros da comunidade de maneira participativa, procurando demonstrar relevância e importância do problema tratado, compartilhando interesses comuns para atingir metas comuns e oferecendo orientação, contatos e habilidades específicos. Para tanto, parceiros potenciais na promoção de saúde bucal são fundamentais incluindo: profissionais de saúde (dentistas, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, trabalhadores de saúde comunitários), serviços de educação (professores, planejadores de educação e pessoal de apoio), serviços de governo local (departamento de planejamento, trabalhadores sociais, serviços de refeição, políticos locais), setor voluntário (grupos comunitários e religiosos), indústria e comércio (revendedores de alimento, propagandistas, indústria de água, companhia de fármacos) e Governo Nacional (departamento de educação, agricultura e comércio) (WATT, 2004).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial constitui-se “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2008).

O aspecto fundamental para a efetivação da Atenção Básica é a promoção da saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos a saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL 2008).

Visando a melhoria da qualidade de vida e promover saúde, a organização dos serviços de saúde deve adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam melhor solução que cada problema exige. O desafio é integrar os profissionais da equipe de trabalho de uma Unidade de Saúde, uma vez que é um lugar de conflitos, resistências e disputas (BRASIL, 2008). No trabalho em equipe, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão, não acarretando perda do núcleo

de atuação profissional de nenhum membro da equipe. Historicamente, as práticas da Saúde bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. A incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. Para isto, deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (BRASIL, 2008). De acordo com este documento, dentre as competências do Cirurgião-Dentista, encontram-se o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal, realização de procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, promover a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade, encaminhamento e orientação de usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento, coordenação e participação de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, contribuição e participação nas atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF, supervisão técnica do TSB e ASB. E por fim, participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

## 2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é parte fundamental para desenvolvimento sócio-econômico e biológico da população e as atividades desenvolvidas

envolvendo educação, saúde e inclusão social contribuem para a melhoria na qualidade de vida do indivíduo. Educadores conscientes e motivados têm papel fundamental na promoção de saúde através da construção compartilhada do conhecimento e empoderamento da população.

Desta forma, a educação em saúde torna-se um instrumento de construção da participação popular, assim como também aprofunda a ciência no cotidiano individual e coletivo dos indivíduos da comunidade (LIMA e COSTA, 2005).

Inicialmente, a educação em saúde era interpretada como responsabilidade individual não considerando os contextos social, econômico e cultural. A importância deste modelo educativo é o conhecimento científico capaz de responder efetivamente questões sobre saúde do indivíduo e da coletividade (REIS, 2006).

A história da educação em saúde revela que ela foi se construindo através de diversos períodos, sendo que na maioria das vezes sua compreensão teórica e prática estiveram atrelados aos interesses de um modelo econômico vigente. Muitos destes foram marcados por uma concepção educadora onde as medidas e cuidado com a saúde eram impostas por profissionais que julgavam-se detentores do saber, sendo que ao indivíduo cabia apenas ouvir e reproduzir o que aprendeu. Os sujeitos eram tidos como únicos responsáveis pelo seu processo saúde/doença, isentando-se dessa responsabilidade fatores que não cabiam aos indivíduos, mas sim as classes dominantes e ao Estado, como por exemplo, as condições socioeconômicas da época. Em um período mais recente, já vemos o início de uma busca para a inserção do método problematizador da educação em saúde, onde os sujeitos deixam de ser vistos como isentos de conhecimentos, atingindo um status respeitado (LIMA e COSTA, 2005).

A educação em saúde é objeto de estudo de autores como Pauleto et al (2004), Silva et al (2010), Souza et al (2005), Aquilante et al (2003), Munguba (2010), Cervera et al (2011), Gubert et al (2009) e Ferreira et al (2004), Vieira (2006), Klassmann (2008), Costa et al (2005).

Este trabalho fundamenta-se na obra de Paulo Freire, um pensador comprometido com a vida e figura entre as mais acatadas personalidades no campo da pedagogia. Utilizando linguagem tranqüila e inspiradora, inquieta o leitor quanto a constância e relevância das questões que aborda. Entre os modelos apresentados por Paulo Freire encontram-se a Educação Bancária, como instrumento de dominação, e a educação libertadora, chamada de Educação Popular. O antagonismo



entre estas concepções toma forma quando a primeira nega a dialogicidade como essência da educação, enquanto a segunda supera esta situação afirmando-se dialógica.

### **2.1.1. Educação Tradicional**

O termo educação “bancária”, utilizado também como educação tradicional ou convencional, foi cunhado na visão de que o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Nesta concepção, a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos e o educador é o que pensa, sujeito do processo enquanto o educando é o que não sabe e que escuta docilmente (FREIRE, 2009). Segundo o autor, a visão bancária anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando a ingenuidade e não sua criatividade, satisfazendo aos interesses dos opressores: para estes, o fundamental não é o desnudamento do mundo, a sua transformação.

Tradicionalmente, os trabalhos educativos são ultrapassados e equivocados em relação ao modo como se dá o processo do conhecimento por não se preocuparem em levantar as noções que os sujeitos têm sobre determinado fenômeno (GAZZINELLI, PENNA, 2006). O processo típico do Preventivismo é o repasse da informação através de palestras e esclarecimento de questionamentos. A transmissão de conhecimento utilizada nos processos de formação caracteriza-se de forma fechada, fragmentada e reprodutiva da realidade, impedindo a percepção sobre a articulação das coisas (ARRUDA, ARRUDA, 2010).

Segundo Sheiham (2004), muitos educadores de saúde vêm o fornecimento de informação como um meio de mudar atitudes e motivar crianças a adotar comportamentos de saúde bucal desejáveis. Essa sequência linear simplista, CAP (conhecimentos-mudança de atitude-atividade/comportamento temporário/hábito), pode criar mudanças temporárias no comportamento, mas raramente permanentes. A abordagem está baseada na fórmula CAP que defende que o conhecimento (C) leva à mudança de atitude (A) que é um pré-requisito para a mudança na prática (P). Uma mudança de comportamento nem sempre é originária de alterações no conhecimento e nas atitudes; portanto, a abordagem CAP não deve ser utilizada. Apenas a informação e o conhecimento não levam à adoção de hábitos saudáveis que foram recomendados, principalmente se entrarem em conflito com motivos, atitudes, crenças e valores existentes na sociedade, pois não são condizentes com as normas do grupo social. A informação em saúde é

condição necessária, mas não suficiente para que se possam fazer escolhas saudáveis. Pauleto et al (2004), em sua revisão crítica sobre programas educativos para escolares, concluíram que é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária com foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal.

### **2.1.2. Educação Popular**

Ao contrário da educação “bancária”, a educação libertadora, problematizadora baseia-se na relação dialógica entre educador e educando, e na concepção que saber ensinar é criar possibilidades para a construção de conhecimento ou a sua própria produção (FREIRE, 2009). Ensinar, para o autor, exige pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética, ética, aceitação do novo, reflexão, reconhecimento, consciência, autonomia, bom senso, humildade, tolerância, alegria, esperança, curiosidade, segurança, comprometimento, liberdade, ideologia, diálogo e disponibilidade.

A relação entre saúde e educação pode estabelecer a intersecção para integrar os saberes desses dois campos, uma vez que os processos educativos e os de saúde e doença incluem tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas e de participação. Para promover saúde não é suficiente informar, é necessária uma relação dialogal, em que os sujeitos sejam envolvidos em todos os momentos da ação educativa, levando em conta a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes (VASEL, BOTTAN e CAMPOS, 2008).

Na dinâmica da escolha informada, o usuário compreende genuinamente a situação, enfatizando o indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação baseada no princípio da eleição informada sobre riscos à saúde. As crianças devem ser vistas como pessoas ativas em vez de um receptor passivo de conselhos; isso melhora a compreensão, o respeito e o aprendizado mútuos (SHEIHAM, 2004).

A educação supõe não apenas uma reprodução do saber e da cultura, mas também uma produção de novos saberes e de novas expressões culturais. É nesse confronto entre um papel mais reprodutivo ou mais produtivo que a educação em saúde se inscreve (GAZZINELI, REIS E MARQUES, 2006).

A educação promove o desenvolvimento pessoal, aumentando as potencialidades do indivíduo, incrementando sua capacidade individual para controlar a vida e recusar a crença de que a vida e a saúde são controladas do exterior. Desta forma, as condições e estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Segundo Ferreira et al (2004), as atividades educativas devem, necessariamente considerar os determinantes sociais das afecções bucais e apresentar uma visão dinâmica do processo saúde-doença, relacionando o autocuidado e a autonomia com a elevação da qualidade de vida.

A interação e comunicação são necessárias para trabalhar a complexidade, incerteza e elevado impacto das ações de saúde e o intercâmbio de culturas torna-se uma oportunidade de concretizar o ideário de saúde. Segundo Reis (2006), o conceito atual é o da educação em saúde como um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano.

A educação em saúde como prática exige participação da comunidade, trabalha pedagogicamente envolvendo os homens e grupos no processo de participação popular, estimulando formas vivas de aprendizagem e aperfeiçoamento de construção de conhecimento. O trabalho educativo a ser feito deve extrapolar o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam às formas específicas de condutas e práticas (GAZZINELLI, PENNA, 2006). Desta forma, o trabalho passa a ser com as pessoas, buscando participação comunitária e considerando o contexto político e econômico. O processo educacional deve ser participativo, com análise crítica das realidades, mudando a atitude do profissional, que passa a ser o apoio a comunidade mais participativa, contribuindo para a superação da exclusão social (COSTA, NETO, DURÃES, 2005).

O ponto de partida é o saber anterior do educando e seu entendimento sobre trabalho, vida social, sobrevivência e transformação da realidade. Segundo Freire (2009), o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem.

Para que os professores sejam agentes de mudança, articuladores do processo de motivação do estudante, capacitação contínua é fundamental e deve ser iniciada na formação acadêmica e continuar por

toda a vida profissional (VASEL, BOTTAN e CAMPOS, 2008). A responsabilidade da educação em saúde tem sido amplamente discutida, uma vez que a sociedade estigmatiza que a área do saber deve ser responsável apenas por sua especialidade (GRANVILLE-GARCIA et al, 2009).

É importante que os cirurgiões dentistas atuem de forma multidisciplinar promovendo a saúde bucal através de um trabalho conjunto entre profissionais da saúde e da educação, objetivando “educar em saúde” (MEDEIROS et al, 2004). De acordo com Klassmann (2008), a educação em saúde encontra na escola, o local ideal para sua realização, uma vez que os espaços escolares são fonte de aprendizado e podem auxiliar a construção de hábitos. Na busca da realização de uma efetiva educação em saúde, a integração entre os profissionais de saúde e os educadores torna-se fundamental, capacitando-os a auxiliar os alunos nos cuidados de saúde bucal. Cabe a escola, portanto, planejar projetos educativos inovadores para que os alunos adquiram conhecimento e responsabilidade através das experiências vivenciadas nos espaços escolares. Através da integração entre dentistas e professores, somam-se conhecimentos científicos e experiência metodológica, permitindo a capacitação dos alunos para a realização da higiene oral e a construção de hábitos de vida saudáveis.

Tanto os profissionais de saúde quanto os da educação devem ter compromisso com a conscientização da população quanto ao conceito de saúde, sendo necessária, portanto, a integração entre estes profissionais (CAMPOS, ZUANON, GUIMARÃES, 2003).

Tornam-se necessárias a aplicação e implementação de programas educativos voltados aos profissionais do ensino principalmente dentro do currículo acadêmico, a fim de torná-los mais capacitados para abordar este tema em sala de aula com seus futuros alunos (FERREIRA et al, 2005).

Ênfase deve ser dada na ampliação da interação cultural e superação de problemas através da construção compartilhada do conhecimento, tornando-se instrumento para ações de saúde integrais e adequadas à vida da população. A intervenção em educação e saúde deve considerar as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos mesmos, influenciados pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares expressos nas práticas sociais e modificados para servirem à vida cotidiana (GAZZINELLI, PENNA, 2006).

Segundo Villa (2006), o processo educativo presente no cotidiano da saúde visa assimilar o que se passa no interior e à sua volta e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que aparece, o que implica na construção da autonomia de cada um desses sujeitos. Desta forma, a educação em saúde não deve ter um perfil autoritário: precisa, portanto, basear-se em abordagens mais participativas. Isso implica uma transição entre o modelo em que o educador define as necessidades do paciente e o modo pelo qual as necessidades serão satisfeitas para um modelo de relacionamento em que o paciente define suas próprias necessidades e o modo pelo qual elas serão satisfeitas (SHEIHAM, 2004).

Assim, sugerem-se parcerias que possibilitem às crianças informações preciosas sobre os cuidados com o corpo e a boca e que lhes oportunizem serem avaliadas, em ambiente escolar, por profissionais da saúde. As atividades de caráter preventivo-educativo beneficiariam muito as crianças e os educadores, pois as primeiras seriam melhora em sua qualidade de vida e os professores ficariam mais capacitados para incentivarem o desenvolvimento de hábitos saudáveis em seus alunos. Aliado a isto, os profissionais de saúde poderiam orientar os pais e/ou responsáveis, informando-os sobre atendimento (KLASSMANN, 2008).



### 3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A saúde bucal, pela especificidade de seu conteúdo, apresenta em seu escopo alguns diferenciais que têm permitido ao mundo da saúde fazer este recorte intitulado educação em saúde bucal.

Tradicionalmente, a educação de saúde bucal tem buscado modificar comportamentos e estilos de vida vistos como a causa de problemas bucais. Esses programas, portanto, apresentam enfoque nas orientações sobre as habilidades de higiene bucal, na alteração de padrões alimentares inadequados e no encorajamento de retorno freqüente ao dentista. Contudo, esta abordagem limitada não reconhece a evidência e a importância dos determinantes sociais de saúde (WATT, 2004). Uma das maiores críticas à educação em saúde bucal tradicional tem sido sua abordagem estreita, isolada e segmentada, essencialmente separando a boca do resto do corpo. Os programas de saúde bucal têm sido desenvolvidos isolados de outras iniciativas de saúde. Essa abordagem descoordenada pode, na melhor das hipóteses, levar a uma duplicação de esforço, mas, muitas vezes resulta em mensagens conflitantes e contraditórias transmitidas ao público (WATT, 2004).

A falha na abordagem de educação em saúde convencional (bancária) deve-se ao equívoco de levar em conta determinantes de comportamento relacionados à saúde que estão fora do controle dos indivíduos. Ocorre também a falta de conhecimento das reais preocupações de saúde e das necessidades de informação do público-alvo, além de ser essa uma abordagem normalmente baseada em um estilo de comunicação por escrito. Os educadores de saúde devem aceitar que a mudança é um processo e que as crianças estão em estágios diferentes de amadurecimento para adotar determinadas atitudes, além de serem classificadas em graus variáveis, de acordo com fatores ambientais. Ainda, a maior parte da educação odontológica não é baseada em educação, mas sim em instrução. Baseia-se muito na informação sobre a doença, em regras complicadas, desnecessárias, utópicas e que suscitem medo. Educação em higiene bucal deve melhorar as habilidades, o envolvimento, o apoio e o reforço da escovação dentária bem como fornecer informação (SHEIHAM, 2004).

A educação em saúde tem chamado a atenção pela sua regularidade, implicações a saúde, complexidade e finalidade, nos níveis individual, familiar e comunitário (REIS, 2006). Une-se a isto, o entendimento que a educação permeia as práticas sociais e inclui práticas diversas que se dão no interior do setor saúde (DA ROS, 2000).

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global do serviço, os profissionais da saúde buscam entender, sistematizar e difundir as lógicas os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma que supere as incompreensões e mal-entendidos ou torne consciente e explícitos os conflitos de interesse. Nessas iniciativas de educação popular em saúde dá-se grande ênfase a estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais (VASCONCELOS et al, 2008).

### 3.1. HISTÓRICO

A educação em saúde institucionalizada com a denominação de educação sanitária pela Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou as práticas educativas sanitaristas como um dos elementos essenciais dentro da Atenção Básica para a saúde das comunidades e possibilitou que a educação no campo da saúde pública se tornasse um processo importante para que todos os programas e projetos para saúde da coletividade devessem reservar um espaço para atividades educacionais visando a incorporação de hábitos saudáveis (REIS, 2006).

Historicamente no Brasil, os modelos assistenciais na saúde bucal tiveram sua gênese na década de 50, com a Odontologia Sanitária e Sistema Incremental, que priorizou a atenção aos escolares de 6 a 14 anos do sistema público de primeiro grau, com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico, início da lógica organizativa e programação para assistência odontológica e introdução de algumas medidas preventivas (BRASIL, 2008). Instituída no final dos anos 70, enfatizando mudança nos espaços de trabalho, a Odontologia Simplificada e Integral teve como principal característica a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, abordagem e participação comunitária e simplificação e racionalização da prática odontológica. E o Programa Inversão da



Atenção (PIA) baseava-se em intervir antes e controlar depois, adaptando-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) sem preocupar-se com a participação comunitária, contou com ações de controle epidemiológico da doença cárie, fazendo uso de tecnologias preventivas modernas, com ações de caráter preventivo promocional. Entretanto, estes modelos não alcançaram o objetivo da coletividade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) instituída em 2003 visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, promovendo uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para a revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2008). Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve ter caráter substitutivo em relação a rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam, atuar no território buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo com postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação baseados no diagnóstico situacional, buscar integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção de cidadania.

Através das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, de janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elabora diretrizes objetivando esta reorganização em todos os níveis de atenção e o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, remetendo ao conceito de saúde centrado na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente, destacando-se a humanização no processo de trabalho, co-responsabilização dos serviços e desenvolvimento de ações voltadas para linhas de cuidado e as condições especiais como saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2008). O encadeamento das políticas públicas nas áreas de educação e de saúde aponta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que possibilita a articulação e a efetivação dessas políticas que, por sua vez, demandam ampla participação de diversos atores, ações do Estado, da sociedade civil, dos serviços de saúde e de parceiros intersetoriais. Para se continuar avançando, é inquestionável a indissociabilidade da educação e saúde de uma prática social, interdisciplinar, no alcance da promoção de saúde. A

prática interdisciplinar está comprometida com a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida das famílias, acompanhando a dinâmica da realidade sanitária brasileira (VIEIRA, 2006).

### 3.2. AÇÕES EDUCATIVAS

Sobre as limitações da educação em saúde bucal, Watt (2004) após realizar revisões de eficácia sobre as intervenções para a melhora da saúde bucal, deparou-se com alguns achados comuns nestes estudos, dentre eles: a fluoretação de água é eficiente na prevenção da cárie dentária, o dentifrício é outro método eficaz para oferecer flúor, a melhora do conhecimento de saúde bucal dos indivíduos pode ser alcançada em curto prazo, mas os efeitos sobre o comportamento são muito limitados, a educação em saúde em uma proposta isolada não produz alterações de comportamento a longo prazo, intervenções em um nível individual são eficientes na redução dos níveis de placa apenas em curto prazo, campanhas de escovação em escolas voltadas para melhora de higiene bucal são muito ineficazes, campanhas de massa são ineficientes tanto na promoção do conhecimento como na alteração de comportamento, e por fim, poucos estudos avaliaram os efeitos de intervenções sobre o consumo de açúcares em um nível individual ou de população. Aliado a isto, um número muito grande de evidência internacional demonstra a necessidade de uma abordagem radicalmente diferente na prevenção de doenças (WATT, 2004).

Segundo Sheiham (2004), os modelos usados na educação em saúde bucal têm sérias limitações e são geralmente ineficazes quando se quer obter mudança de comportamento de higiene bucal por um período prolongado, que contribua efetivamente para a saúde. Os programas que têm tido êxito na mudança de comportamento de saúde bucal de escolares incluem a participação ativa, um alto nível de cooperação do professor e envolvimento dos pais. Ainda segundo este autor, a abordagem apropriada é fornecer às crianças informações e orientações para uma tomada de decisão e uma prática de higiene bucal adequadas. Fazer isso exige uma base segura de educação em saúde, técnicas de comunicação e teorias de comportamento em saúde. A educação em saúde planejada tem um certo número de objetivos. Um deles é reforçar e manter os comportamentos de saúde positivos existentes ou mudar para um comportamento melhor que irá promover e melhorar a saúde individual ou do grupo. Outro é facilitar a tomada de decisão consciente e remover barreiras que dificultam a livre escolha. Portanto, a educação

em saúde está preocupada com a aquisição de conhecimento e compreensão, novas habilidades e mudanças nos conceitos e atitudes.

De acordo com Jeolás e Ferrari (2003), a mudança de comportamento é fruto de um processo complexo, ideológico, psíquico e afetivo que se realiza a médio e a longo prazo, demandando uma continuidade de ações e projetos do serviço de saúde, da escola e da comunidade, além de sofrer os efeitos das informações difundidas pelos meios de comunicação.

Entretanto, muitas vezes não fica claro em um primeiro momento, quais são as necessidades da população. Na busca para construção de um programa de saúde que realmente atenda essas necessidades faz-se necessário um estudo que interaja com a comunidade, ouvindo, observando e analisando o que ela tem a dizer e a educação em saúde é um caminho para a integração dos serviços de saúde com a população (LIMA, COSTA, 2005).

Neste sentido, o Programa de Saúde na Escola vem ao encontro desta demanda ao realizar suas atividades na escola, que como espaço gerador de cuidado, ao educar para a vida, pela própria vida, deve dirigir seu olhar na busca do ser saudável como forma de melhorar a qualidade de vida, que tem seu nexo no bem-estar biopsicossocial e na habilidade de cada ser em alcançar seus objetivos (SCORTEGAGNA, ALVAREZ, 2008).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos; e tem como objetivos: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, 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; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2009).

De acordo com este documento, a odontologia participa do PSE através do levantamento das necessidades de saúde bucal, tratamento e monitoramento das necessidades de saúde bucal identificadas, inserção de ações de promoção da saúde no projeto político pedagógico das escolas, incorporação de temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos 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) e por fim, desenvolvimento de política de ambiente saudável nas escolas.

#### 4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo de caráter descritivo exploratório seguiu os pressupostos dos métodos qualitativos de pesquisa.

Segundo Lima e Costa (2005), a pesquisa qualitativa busca aprofundar conhecimentos que permitirão encontrar as razões que levaram à determinada situação em estudo, sempre considerando o contexto histórico, social e cultural da população estudada.

Fica clara a pertinência do trabalho da pesquisa qualitativa para o profissional de saúde que busca uma educação em saúde libertadora, pois para este, através dos resultados obtidos na pesquisa os problemas ficam mais evidentes, assim como os caminhos para solucioná-los.

A educação em saúde e a pesquisa qualitativa transitam dentro de um mesmo universo, o que nos mostra que ambas se articulam aos conhecimentos das ciências sociais, da pedagogia, da educação, da psicologia e da antropologia médica. Estas áreas trazem em comum a procura da solução para os problemas nos indivíduos, inseridos em seus contextos. A coleta de dados utilizou-se do fundamento dos grupos focais. O grupo focal é uma técnica qualitativa de coleta de dados originalmente proposta pelo sociólogo Robert King Merton, com a finalidade de obter informações sobre a vida diária e como cada indivíduo é influenciado por outros em situação de grupo e de que maneira ele próprio influencia o grupo. A finalidade desta modalidade de pesquisa é extrair das atitudes e respostas dos participantes do grupo sentimentos, opiniões e reações que resultariam em um novo conhecimento (GOMES, 2005). Segundo este autor, é fundamental que todos os participantes tenham experimentado situação semelhante, concreta. Por tratar-se de uma técnica que aproxima investigador e sujeitos da pesquisa, o grupo focal permite ao investigador uma certa flexibilidade na condução da entrevista e maior aproximação com os dados coletados. Ainda, os participantes têm mais oportunidade de esclarecer e oferecer exemplos sobre o que está em foco e a interação entre moderador e participante e entre os participantes tem o potencial de acrescentar profundidade e dimensão ao conhecimento.

De acordo com Poupert (2008), a entrevista qualitativa é um meio eficaz para “coletar informações” sobre as estruturas e o funcionamento de um grupo, uma instituição, ou mais globalmente, uma formação social determinada. O entrevistado é visto como um informante-chave, capaz de informar não só sobre as suas próprias práticas e as suas próprias maneiras de pensar, mas também sobre os diversos componentes de sua sociedade e sobre seus diferentes meios de

pertencimento. O informante é tido como uma testemunha privilegiada de sua sociedade, com base em quem um outro observador, o pesquisador, pode tentar ver e reconstituir a realidade.

A análise dos dados fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). Conforme a autora, “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”. A sutileza dos métodos de análise de conteúdo objetiva a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, atendendo a necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências. Assim, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo teve abordagem qualitativa e caracteriza-se por ser descritivo e exploratório. De acordo com Deslauriers e Kérisit (2008), uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações e a pesquisa descritiva colocará a questão dos mecanismos e dos atores; por meio da precisão de detalhes, ela fornecerá informações contextuais que poderão servir de base para pesquisas explicativas mais desenvolvidas. Entretanto, não tem obrigatoriamente necessidade de ser continuada por outros pesquisadores, por meio de outras técnicas.

A pesquisa foi desenvolvida em 04 escolas de ensino fundamental, nas quais o projeto integrado “Um Sorriso pela Estrada” e “Um Piano pela Estrada” (PROSPE - anexo 1) foi desenvolvido no estado de Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2010.

O estudo foi composto por uma amostra intencional, a seleção dos participantes considerou os objetivos do estudo e o envolvimento das pessoas.

O critério de inclusão dos municípios e escolas no estudo foi: escolas onde o projeto passou no segundo semestre de 2010 (julho a dezembro). Este critério incluiu 20 instituições: Rio Grande do Sul (06), Paraná (08) e Santa Catarina (06). Por questões operacionais e viabilização da pesquisa optou-se pelo estado de SC, incluindo 06 instituições nos municípios de Barra Velha, Tijucas, Gaspar, Timbó, Balneário Camboriú e Rio do Sul. Dentre estas, selecionamos Barra Velha, Tijucas, Rio do Sul e Gaspar por apresentarem as seguintes características:

- ✓ Melhor representatividade do perfil de instituições participantes do projeto (escolas com menor número de alunos)
- ✓ Proximidade dos municípios
- ✓ Aceitabilidade para participação na pesquisa

Na esfera das Secretarias Municipais de Educação de cada município, incluiu secretários municipais de educação, docentes do ensino fundamental, diretores, vice-diretores e coordenadores pedagógicos das escolas. O critério para inclusão na pesquisa foi ter participado das atividades realizadas quando da realização do projeto em seu município e escola, em 2010. Esta participação abrange desde a organização, agendamento, apoio logístico e operacional, preparo dos

alunos para a atividade, e recepção aos profissionais de saúde responsáveis pela execução.

Segundo Pires (2008), o objetivo da amostra consiste em dar base a um conhecimento ou um questionamento, que ultrapassa os limites das unidades, e mesmo do universo de análise, servindo para produzi-lo. Essa amostra não se constitui ao acaso, mas sim, em função de características precisas, que o pesquisador pretende analisar (Deslauriers e Kérisit, 2008).

A coleta de dados foi realizada através de grupos focais (GF). Os dados foram registrados em gravações de voz digital e as informações relevantes no diário de campo. O trabalho de campo foi desenvolvido em etapas, num período de 6 meses, de julho a dezembro de 2011. Cada grupo foi composto reunindo diferentes percepções com número máximo de 10 participantes, totalizando 26 participantes. O roteiro das entrevistas foi estruturado com perguntas abertas. A partir das respostas obtidas, o entrevistador norteou as perguntas a fim de remeter a análise do objeto a ser estudado.

O foco central das perguntas cujo roteiro encontra-se no apêndice 2, foi a percepção das pessoas envolvidas nas atividades dos projetos: como descreveram o projeto de Educação em Saúde e Música desenvolvido em seu município e escola e como ele aconteceu; o que tinham a dizer sobre as atividades desenvolvidas, como perceberam a realização destas atividades especificamente quanto aos seus realizadores, qual a percepção sobre a vivência das pessoas no projeto e da passagem do projeto em seu município e escola.

De acordo com Cruz Neto (1994), a entrevista é o procedimento usual no trabalho de campo e através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Sobre a discussão em grupo, o autor afirma a relevância da atuação do pesquisador/animador na capacidade de interação com o grupo e de coordenação da discussão, selecionando os participantes com opiniões e idéias voltadas para o interesse da pesquisa.

Os grupos focais foram realizadas pela pesquisadora principal, Grasiela Garrett da Silva, com local e horário previamente discutidos e agendados com os participantes, após terem aceitado o convite de participar da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As entrevistas tiveram duração de cerca de 01 hora, e foram realizadas em seu ambiente de trabalho, onde os membros do grupo estivessem a vontade e quando os mesmos estavam reunidos, a fim de otimizar e facilitar sua realização. Os dados foram registrados através de anotações e com o auxílio de um gravador de voz digital.



A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPESH), da UFSC, sob número de certificado 1867 (anexo 2). Previamente ao início do trabalho de campo, as Secretarias Municipais de Educação de cada município bem como as escolas selecionadas foram contatadas a fim de esclarecer a pesquisa e obter autorização e apoio para execução através de Termo de Autorização específico para este fim.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3), e receberam informações e esclarecimentos sobre o estudo, e por livre e espontânea vontade puderam concordar em participar ou não. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi requisito básico para inclusão na pesquisa. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares foram observadas e seguidas ao longo de toda a pesquisa. Respeitando aspectos éticos em pesquisa, os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, para conhecimento e contribuição para melhores práticas em seu processo pedagógico.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Conforme a autora, “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”. A sutileza dos métodos de análise de conteúdo objetiva a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, atendendo a necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências. Desta forma, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Procedendo a análise, seguiu-se as etapas de:

1. Organização, quando se fez uma pré-análise, através de uma leitura fluente das entrevistas transcritas, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação;
2. Codificação dos dados brutos do texto em unidades de registro e de contexto, selecionando-as de maneira a responder de forma pertinente aos objetivos da análise;
3. Categorização, agrupando as unidades de registro analogicamente, em razão das características comuns destes elementos, objetivando uma representação simplificada dos dados brutos;

4. Inferência: deduzindo, de maneira lógica, em virtude da ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras, conhecimentos sobre as entrevistas. Levando, portanto, a interpretação dos dados coletados.

Da análise dos dados emergiram três categorias: Percepções sobre o Método utilizado, Percepções sobre o conteúdo e Percepções sobre os sujeitos envolvidos. Os resultados, discussão e considerações finais seguirão no artigo que vem a seguir que será submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

## **6. ARTIGO A SER SUBMETIDO PARA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA**

“ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL”

Grasiela Garrett da Silva <sup>1</sup>

Cláudio José Amante <sup>2</sup>

Daniela Lemos Carcereri <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina

### **RESUMO**

A educação em saúde bucal têm se pautado na educação bancária com foco na transmissão de conhecimento e na mudança de hábitos. Busca-se superar este modelo com a educação popular (EP). Este estudo qualitativo objetiva compreender a percepção dos envolvidos sobre o programa integrado de Educação em Saúde e Música (PROSPE), à luz do referencial da EP, trazendo subsídios para o desenvolvimento de programas educativos preventivos em saúde bucal. Durante o dia o PROSPE desenvolve atividades educativas preventivas em escolas públicas e ao anoitecer, a população assiste a um concerto de piano na praça central da cidade. A pesquisa foi realizada em 04 municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, que receberam o PROSPE em 2010. A coleta de dados ocorreu nas escolas através de grupos focais com até 10 participantes em cada grupo, entre professores, diretores, coordenadores pedagógicos e secretários municipais. Os dados foram registrados em gravações de voz digital e após a transcrição procedeu-se à Análise de Conteúdo de Bardin. Identificaram-se três categorias: Percepções sobre aspectos metodológicos, percepções acerca do conteúdo e percepções sobre os participantes. O planejamento conjunto e o aspecto lúdico foram percepções positivas sobre o método. Foram identificados conteúdos relativos à promoção da saúde, prevenção de doenças e importância do cirurgião-dentista. Com relação aos sujeitos envolvidos foi percebida a necessidade de maior envolvimento dos pais. Segundo o referencial da EP o programa apresenta aspectos de transição entre os dois modelos de educação apresentados. O PROSPE foi percebido como

programa inovador, como oportunidade de compartilhar experiências e agregar valor ao trabalho pedagógico desenvolvido pelas escolas.

Palavras-chave: educação em saúde, programas de saúde, saúde bucal

#### ABSTRACT:

The oral health education has been based on bank education with focus on transmission of knowledge and changing habits. It aims to overcome this model with the popular education (PE). This qualitative study aims to understand the perception of the involved about the Integrated Programme of Health Education and Music (IPHEM), in light of the PE, providing subsidies for the development of educative and preventive programs in oral health. During the day the IPHEM develops preventive educational activities in public schools and at the evening, people watch a piano concert in the city's central square. The survey was conducted in 04 municipalities in the state of Santa Catarina, Brazil, who received the IPHEM in 2010. Data collection occurred in schools through focus groups with up to 10 participants in each group, including teachers, principals, educational coordinators and municipal secretaries. Data were recorded on digital voice recordings and after transcription proceeded to the the Content Analysis of Bardin. Were identified three categories: Perceptions of methodological aspects, perceptions about the content and perceptions about the participants. The joint planning and ludic aspect were positive perceptions about the method. We identified contents related to health promotion, disease prevention and importance of the dentist. Concerning to the subjects involved were perceived need for greater parental involvement. According the PE the IPHEM presents aspects of transition between the two models of education presented The IPHEM was perceived as innovative program as an opportunity to share experiences and add value to the educational work done by the schools.

Key words: health education, health programmes, oral health

#### INTRODUÇÃO

As ações de educação em saúde são fundamentais como direito de cidadania e melhoria na qualidade de vida. Tradicionalmente, têm se pautado na transmissão de conhecimento visando mudança de hábitos.

Os modelos educativos apresentados por Paulo Freire compreendem Educação Bancária, como instrumento de dominação, e a educação libertadora, chamada de Educação Popular (EP). O antagonismo entre estas concepções toma forma quando a primeira nega a dialogicidade como essência da educação, enquanto a segunda supera

esta situação afirmando-se dialógica<sup>1</sup> (Quadro 1). A EP busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento<sup>2</sup>. O traço fundamental da educação popular e saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares<sup>2,3</sup>.

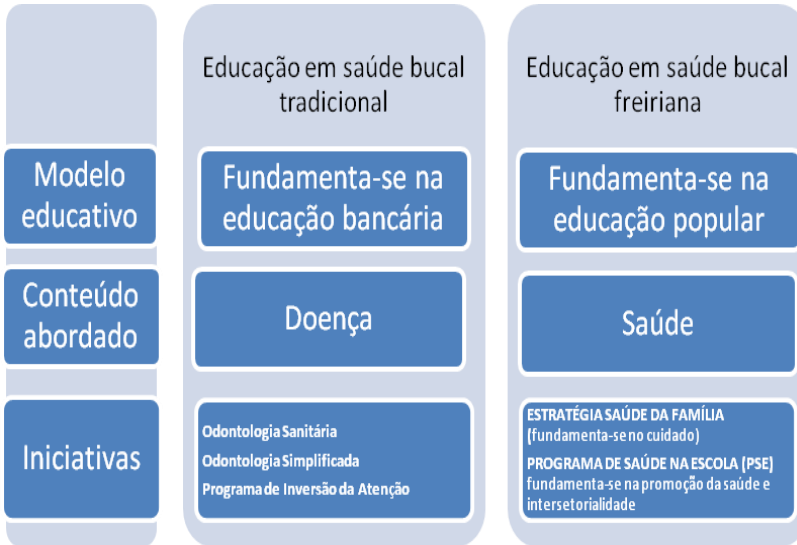
Educação Bancária	Educação popular
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tradicional ou convencional</li> <li>• Transmissão de conhecimento fechada, fragmentada e improdutiva</li> <li>• Anula poder dos educandos</li> <li>• Estimula ingenuidade</li> <li>• Informação é necessária mas não suficiente para escolhas saudáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação dialógica entre educador e educando</li> <li>• Construção de conhecimento</li> <li>• Conscientização e autonomia</li> <li>• Libertadora / problematizadora</li> <li>• Interação e comunicação</li> <li>• Escola como espaço educativo e participativo</li> </ul>

Quadro 1: Características dos modelos de educação em saúde de acordo com as teorias de Paulo Freire (2009)

A saúde bucal, pela especificidade de seu conteúdo, apresenta em seu escopo alguns diferenciais que têm permitido fazer este recorte intitulado educação em saúde bucal.

A educação em saúde bucal tem buscado modificar comportamentos e estilos de vida vistos como a causa de problemas bucais. As ações, portanto, apresentam enfoque nas orientações sobre as habilidades de higiene bucal, na alteração de padrões alimentares inadequados e no encorajamento de retorno freqüente ao dentista. Contudo, esta abordagem limitada não reconhece a evidência e a importância dos determinantes sociais de saúde<sup>4</sup>.

Os estudos acerca deste tema têm se dedicado a entender a forma mais adequada e eficaz de realizar ações educativas preventivas almejando a melhoria na condição bucal da população<sup>5,6,7,8</sup>. Os projetos educativos preventivos até então estudados remetem a práticas pontuais e eventualmente, consideram a conscientização das pessoas<sup>9</sup>(Quadro 2).



Quadro 2. Características dos programas educativos preventivos em saúde bucal<sup>10,11</sup>.

O programa integrado de Educação em Saúde e Música (PROSPE) é um programa educativo que percorre o país desde 2003, proporcionando acesso a educação em saúde e música para a população brasileira. Têm característica itinerante e as ações são desenvolvidas em família, por duas dentistas e um pianista. Durante o dia, atividades educativas preventivas são realizadas em escolas públicas e ao anoitecer, a população assiste a um concerto de piano na praça central da cidade<sup>12</sup>.

A vivência com a educação em saúde bucal estimulou uma melhor compreensão da temática, deste modo percebeu-se a necessidade de estudá-la a partir de uma experiência concreta.

O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos envolvidos sobre o referido programa, a partir do referencial da EP, trazendo subsídios para o desenvolvimento de programas educativos preventivos em saúde bucal.

## MÉTODOS

O estudo teve abordagem qualitativa e caracterizou-se por ser descritivo e exploratório. De acordo com Deslauriers e Kérisit<sup>13</sup>, uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações e a pesquisa descritiva colocará a

questão dos mecanismos e dos atores; por meio da precisão de detalhes, fornecendo informações contextuais que poderão servir de base para pesquisas explicativas mais desenvolvidas. A pesquisa foi desenvolvida em 04 escolas de ensino fundamental, nas quais o PROSPE<sup>12</sup> foi desenvolvido no estado de Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2010. O estudo foi composto por uma amostra intencional.

O critério de inclusão dos municípios no estudo foi pertencer ao estado de Santa Catarina (SC) e ter recebido o PROSPE no segundo semestre de 2010. Este critério selecionou 06 municípios catarinenses: Barra Velha, Tijucas, Gaspar, Timbó, Balneário Camboriú e Rio do Sul. Dentre estes, foram incluídos os municípios de Barra Velha, Tijucas, Rio do Sul e Gaspar por apresentarem melhor representatividade do perfil de instituições participantes do PROSPE (escolas com menor número de alunos), pela proximidade dos municípios e aceitabilidade para participação na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de grupos focais. Os dados foram registrados em gravações de voz digital e as informações relevantes foram anotadas no diário de campo. A coleta foi desenvolvida em etapas, num período de 6 meses, de julho a dezembro de 2011. Cada grupo foi composto reunindo diferentes participantes com número máximo de 10, totalizando 26 participantes. O roteiro das entrevistas foi estruturado com perguntas abertas. A partir das respostas obtidas, a pesquisadora norteou as perguntas a fim de remeter a análise do objeto a ser estudado<sup>14</sup>.

O foco central das perguntas foi a percepção dos participantes: como descreveram o PROSPE desenvolvido em seu município e escola e como ele aconteceu; o que tinham a dizer sobre as atividades desenvolvidas, como perceberam a realização destas atividades, qual a percepção sobre a vivência das pessoas e a passagem do PROSPE.

De acordo com Cruz Neto<sup>15</sup>, a entrevista é o procedimento usual no trabalho de campo e através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Sobre a discussão em grupo, o autor afirma a relevância da atuação do pesquisador na capacidade de interação com o grupo e de coordenação da discussão, selecionando os participantes com opiniões e idéias voltadas para o interesse da pesquisa.

Os grupos focais foram realizados pela pesquisadora principal com local e horário previamente discutidos e agendados com os participantes, após terem aceitado o convite de participar da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As entrevistas tiveram duração de cerca de uma hora, e foram realizadas em seu

ambiente de trabalho, onde os membros do grupo estivessem a vontade e quando os mesmos estavam reunidos, a fim de otimizar e facilitar sua realização.

Os critérios para inclusão no grupo focal foram: ter participado das atividades realizadas quando da realização do PROSPE em seu município e escola, em 2010. Esta participação abrange desde a organização, apoio logístico e operacional, preparo dos alunos para a atividade e recepção aos profissionais de saúde responsáveis pela execução. Na esfera das Secretarias Municipais de Educação de cada município, incluiu secretários municipais, docentes do ensino fundamental, diretores, vice-diretores e coordenadores pedagógicos das escolas.

Segundo Pires<sup>16</sup>, o objetivo da amostra consiste em dar base a um conhecimento ou um questionamento, que ultrapassa os limites das unidades, e mesmo do universo de análise, servindo para produzi-lo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 1867. As Secretarias Municipais de Educação e as escolas selecionadas autorizaram a pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares foram observadas e seguidas ao longo de toda a pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin<sup>17</sup>. Conforme a autora, “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”. A sutileza dos métodos de análise de conteúdo objetiva a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, atendendo a necessidade de descobrir, de ir além das aparências. Desta forma, a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens<sup>17</sup>.

Procedendo a análise, seguiram-se as etapas de (1) organização, onde se fez uma pré-análise, através de leitura flutuante; (2) codificação dos dados brutos do texto em unidades de registro e de contexto, selecionando-as de maneira a responder de forma pertinente aos objetivos da análise; (3) categorização, agrupando as unidades de registro analogicamente, em razão das características comuns destes elementos, objetivando uma representação simplificada dos dados



brutos e, por fim, a (4) inferência, deduzindo, de maneira lógica em virtude da ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras, conhecimentos sobre as entrevistas, levando, portanto, a interpretação dos dados coletados.

## RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram três categorias: Percepções sobre aspectos metodológicos, percepções acerca do conteúdo abordado e percepções sobre os participantes.

São descritos os achados de cada categoria e a discussão dos mesmos em relação à literatura relacionada à temática do estudo.

### **Percepções sobre aspectos metodológicos**

Segundo os entrevistados, o PROSPE vivenciado foi inovador considerando-se os programas que as escolas usualmente recebem naqueles municípios. Tais programas caracterizam-se por serem oferecidos pela gestão municipal com ações preventivas pontuais e eventualmente incluindo aspectos educativos.

Foi ressaltada a importância do preparo prévio das escolas, realizado com as crianças, para recebimento do PROSPE, especialmente com relação à discussão sobre o conteúdo programado para atividades.

Segundo os entrevistados, a vinda do PROSPE motivou os professores a inserir o conteúdo de saúde bucal em suas aulas, preparando as crianças para as atividades a serem realizadas, bem como discutiram em sala de aula após sua passagem, retornando o conteúdo, por exemplo, nas aulas de ciências.

*“achei que foi ótimo, foi bem comentado, deu para aproveitar em sala de aula, para trabalhar naquele dia, naquela semana, porque eles gostaram bastante..”*

Com relação ao financiamento, o PROSPE contou com recursos do Governo Federal, através da Lei de Incentivo à Cultura, permitindo que as atividades fossem levadas às cidades de forma gratuita, não havendo custos para as escolas. A gratuidade dos projetos para as cidades foi percebida como um ponto importante e atrativo, uma vez que fora oferecido por profissionais externos à Secretaria Municipal de Saúde. A concepção e a gratuidade do projeto em estudo, fora do âmbito da gestão, foram apontadas como principal diferencial. O fato do

PROSPE ser oferecido às cidades foi uma fortaleza e torna-se importante que exista financiamento para este tipo de programa educativo.

*“...questão bem interessante que no início eu logo perguntei qual seria o custo, porque é difícil você receber um projeto desse nível, na escola, que não tenha custo algum...trouxe uma certa euforia para a gente em saber que seríamos contemplados com um projeto que não teria custo algum...”*

*“...era uma oportunidade para nossa cidades, é gratuito, uma coisa bonita”*

Entre os pontos fortes identificados pelo estudo estão o dinamismo e o aspecto lúdico presentes na realização das atividades. A utilização de recursos adequados foi apontada como outra fortaleza, tendo sido destacado o uso de materiais coloridos, experiências, fantoches, bonecos e alimentos, também a didática e forma artística de comunicação. Segundo os relatos esta metodologia atraiu a atenção e curiosidade das crianças, aguçando sua imaginação, envolvendo-as de forma ativa nas atividades.

*“...achei interessante a dinâmica da apresentação, bem criativo, bem concreto, os materiais que trouxeram, chama atenção das crianças”*

*“mesmo sendo profissionais de saúde, têm uma entonação legal, dicção legal, parece ser um pessoal de teatro, de arte”*

*“eles ficaram encantados, olhando aquilo tudo, aquele colorido, tudo que era mostrado...a linguagem também não foi difícil, de acesso bem tranquilo a eles...”*

*“outra coisa que gostei foi a parte didática, bem pedagógica, a parte da arte, muito importante...porque simplesmente ensinar a escovar os dentes não tem nada de difícil, e passar tudo da forma como passaram...”*

Esta interação e comunicação foram descritas como aproximação dos profissionais com as crianças permitindo o acolhimento e deixando-as a vontade para dividir suas experiências e esclarecer dúvidas a fim de construir conhecimento de forma compartilhada e criativa.

Os envolvidos perceberam que as crianças sentiram-se no centro das atividades e a atenção dos profissionais, voltada para elas, permitiu a

criação de uma parceria, um compromisso. Relataram que este envolvimento com os profissionais de saúde conferiu credibilidade ao tratamento das questões abordadas.

*“Eu vi bastante envolvimento do grupo, as crianças também participaram no dia, fizeram bastante questionamento, foi gratificante ver como se envolveram...”*

*“...este envolvimento puxa outros envoltimentos, isto cria vínculo e a possibilidade de firmar é bem maior, quando se cria um vínculo, se cria um compromisso, uma parceria, cria um comprometimento”*

O envolvimento das crianças permitiu uma atitude proativa das mesmas na manutenção de boas práticas de saúde, fato percebido pelos envolvidos quando descreveram que as crianças levaram o que vivenciaram naquele dia aos seus pais e familiares, retornando as questões em oportunidades posteriores na escola.

*“as criança levou para casa, contando que aprenderam a escovar os dentes, você acredita que meu filho até me ensinou? Porque a criança leva o que aprende e acaba passando para o pai e para a mãe esta questão...isto também é bacana”*

*“eles prestaram bem atenção e depois de um tempo eles comentam, foi significativo para eles”*

*“muitos comentários sobre alimentação, o que comer, os horários da escovação, ficaram vários dias comentando em sala, foi difícil esquecerem”*

Sobre a frequência e continuidade do projeto, relataram a importância do retorno do projeto com o intuito de resgatar e continuar motivando as crianças na manutenção de boas práticas de higiene e autocuidado. Os relatos apontam também que este retorno deveria acontecer mais de uma vez ao ano, ou seja, o desejável é atenção a saúde de forma contínua.

*“se já foi interessante naquele momento, imagine se você der continuidade, seria bem interessante”*

*“o mais importante disto tudo é que haja continuidade...”*

Os participantes da pesquisa perceberam a presença do cirurgião dentista como fundamental para realização deste tipo de atividade e foi apontado como o profissional habilitado no assunto e capacitado a

esclarecer os questionamentos. A ausência do dentista é sentida pela escola e reiteram que, em programas de saúde bucal é fundamental que ele esteja presente. Segundo os entrevistados, a presença do dentista confere segurança e credibilidade, sobretudo quando o dentista não é da comunidade. Um dentista “de fora” tem um diferencial que as crianças entendem, respeitam e querem interagir. Na percepção dos envolvidos, a presença do cirurgião dentista nas atividades educativas preventivas é importante.

*“o produto final deve ser bem melhor com o profissional de saúde, porque é dele a competência”*

*“...é diferente de chegar outra pessoa com a roupa preparada, adequada, formada para aquilo, dá uma outra ênfase. Isto causa muita diferença para a criança, o impacto é muito maior”*

*“...só um dentista, que estudou para isso, se aprofunda e sabe, eu acho que este tipo de palestra envolvendo o profissional da área na escola é muito válido...esclarece coisas que só o profissional da área sabe”*

*“o conhecimento científico é mais importante, seria melhor o dentista...ele é preparado para isto...”*

A respeito da intersetorialidade, o estudo sugere que não foi alcançada conforme planejado. De fato, esta característica intersetorial do projeto não foi percebida pelos envolvidos. Mesmo sendo organizado de forma a envolver as Secretarias Municipais de Cultura, Educação e Saúde, a partir do ambiente escolar foi percebido apenas como um projeto da Secretaria de Educação.

A proposta do projeto vivenciado vem ao encontro dos modelos de educação em saúde onde o conhecimento é construído de forma compartilhada e interativa.

A educação popular em saúde incorpora outras práticas e espaços educativos, baseando-se no encorajamento e apoio, para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. Ocorre em uma relação horizontal entre profissionais da saúde, considerados mediadores, e a comunidade, através de um dialogo educativo não-condutivista, acompanhado de um movimento para o fortalecimento comunitário, buscando criar relações sociais mais justas<sup>6</sup>.

Ao trabalhar com base neste enfoque, o profissional pode ser capaz de instrumentalizar os participantes do grupo, estimulando sua consciência crítica e o exercício da sua autonomia frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo<sup>8</sup>. Segundo Munguba<sup>18</sup>, exercer a

função de ensinar, no contexto da saúde, tem sido um desafio, em especial à tendência de reproduzir estratégias de ensino vivenciadas pelo profissional ao exercer o papel de aluno em que o professor se mantinha no centro. Acolher idéias da pessoa a ser ensinada, conhecer a história de vida e as funções que exerce nos diversos contextos em que está inserida, compreender a cultura, tradições e visão de mundo faz a diferença.

A preparação das escolas para receber o projeto, através da inclusão do conteúdo de saúde bucal em suas atividades cotidianas atestou o interesse e valorização que as escolas destinam aos cuidados com a saúde de forma geral, inclusive inserindo este conteúdo nas aulas. Desta forma, o projeto agregou conhecimento e experiência ao trabalho já realizado na escola, tornando-o uma referência para programas futuros. A forma encontrada para isto foi a construção de conhecimento a partir da troca de experiências e das necessidades demandadas pelos envolvidos. Isto foi possível graças ao envolvimento dos profissionais de saúde com os educadores, agregando os conhecimentos de ambas áreas, valorizando as fortalezas e superando as limitações.

Segundo os achados da revisão bibliográfica de Pauleto et al<sup>5</sup>, sobre programas odontológicos educativo-preventivos, a dimensão educativa é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar as crianças quanto à problemática da saúde bucal visando a autonomia em relação ao cuidado à saúde. Concluem que é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas da saúde bucal. O mesmo foi encontrado por Cervera et al<sup>19</sup>, constatando que existe uma prática constante da educação em saúde, mas de uma forma restrita e intervencionista, com funções delimitadas de quem é o educador e quem é o educando, ou seja, quem tem o poder de ensinar e quem deve aprender.

Sobre o trabalho em coletivos, segundo Souza et al<sup>8</sup>, o trabalho com grupos constitui-se como uma técnica facilitadora para que se coloque em prática os pressupostos desse novo modelo e importante ferramenta para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e suas condições de vida e saúde. Os grupos permitem a troca de experiência entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades no contexto coletivo. Juntos, estes indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar ações de mudança.

O aspecto lúdico, adequação da linguagem à faixa etária e utilização de recursos adequados são condições para conquistar atenção das crianças e interagir com as mesmas de forma construtiva e ímpar. Estas características conferem aos programas educativo-preventivos movimento e dinamicidade, condições fundamentais para o trabalho com crianças. Segundo Aquilante et al<sup>7</sup>, o nível de conhecimento sobre saúde bucal pode melhorar quando são utilizados recursos adequados a faixa etária.

De acordo com Munguba<sup>18</sup>, a educação coloca à disposição dos profissionais da saúde estratégias diversificadas a serem aplicadas de acordo com o público alvo e objetivos propostos. Esses objetivos precisam ser determinados mediante a escuta dessas pessoas e discutida a ferramenta que em sua percepção é a mais adequada. Ao aplicar estratégias inovadoras, a postura de quem ensina deve ser revisitada sistematicamente, visando evitar incoerências, perceptíveis às pessoas alvo da ação. A práxis ao desenvolver a dinâmica de aprender e ensinar requer a oportunidade e o estímulo ao exercício da liberdade de expressão, de ação e o diálogo para todos os envolvidos.

Ao contar suas experiências e vivências, as crianças tornam-se parte da apresentação e sentem-se estimuladas a continuar participando. O mais importante nesta construção de conhecimento é a criação de critérios de autocuidado de saúde e melhorar sua condição bucal. Segundo Souza et al<sup>8</sup>, ao participar de um grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista ou seu silêncio e a partir de propostas conjuntas com os indivíduos que vivenciam experiências similares, membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem na sua saúde, configurando-a, assim, como sujeitos de suas próprias vidas.

O PROSPE vivenciado tem característica pontual, limitando sua ocorrência em uma vez em cada cidade, conferindo, portanto, descontinuidade das atividades. Em virtude dos entrevistados terem expressado a importância da frequência e continuidade, sugere-se que as atividades realizadas sejam replicadas mesmo sem a presença dos realizadores do projeto, em parceria com as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, garantindo, desta forma, continuidade das atividades. Percebe-se que o PROSPE é importante por seu conteúdo, mas limitado no aspecto frequência. O trabalho educativo com continuidade motiva a população a manter hábitos saudáveis. A motivação e o interesse sobre o assunto saúde têm um impacto positivo e todo o trabalho desenvolvido fica como referência para que trabalhos

posteriores possam ser realizados, de forma autônoma, mesmo que não haja participação e envolvimento da gestão municipal e/ou estadual. A continuidade e freqüência desejadas justificam-se para aperfeiçoar o trabalho educativo e criar vínculo com a comunidade.

Sobre a freqüência e continuidade de programas, os envolvidos apontaram como um problema freqüente encontrado nas instituições, uma vez que os programas executam suas atividades durante um determinado período e as interrompem por motivos diversos, como a falta de profissionais, falta de material, falta de incentivo, etc. Desta forma, é necessário uma estratégia focada no bem estar e direito à saúde procurando desenvolver atividades com continuidade que aborde aspectos da saúde.

A escola tem seu papel de instrução, reforço positivo e operacionalização de condutas sobre saúde bucal, como a escovação supervisionada, porém conseguem atingir este objetivo com as crianças de forma parcial, pois não é o objeto primeiro de sua atividade, e, portanto, aguardam que haja uma parceria com profissionais de saúde engajados para que, em conjunto, consigam dar continuidade e ser resolutivos. Segundo Gubert et al<sup>20</sup>, a escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à garantia de mudanças de comportamento, além de congregar um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento.

O programa estudado tem seu valor quando se pensa na obtenção e manutenção de hábitos saudáveis atemporais, pois quando a criança entende que pode cuidar de seu corpo e saúde, sendo agente atuante na manutenção de práticas de higiene, inclusive tornando-se exemplo para seus pais e pessoas próximas, cobrando que tenham os mesmos hábitos e conscientizando para o bem que fazem para si.

Sobre a presença do dentista, descrita como fundamental pelos envolvidos, é preciso considerar o papel do cirurgião dentista (CD) no processo de trabalho em equipe, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ponderar seu papel nas atividades clínicas e educativas. Dentre suas atribuições, desempenha funções clínicas atendendo a demanda da população e nas atividades educativas realizadas dentro da unidade, atua como coordenador trabalhando em equipe com os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB)<sup>10</sup>. Isto porque sua presença na unidade de saúde é fundamental para desempenho e andamento da agenda, e, nas escolas, não há necessidade de estar sempre presente, uma vez que os profissionais auxiliares podem realizar as atividades de forma eficiente. Faz-se importante que o dentista

coordene e saiba como está acontecendo o trabalho, como a população está recebendo e suas necessidades. É fundamental que os profissionais auxiliares conversem com cirurgião dentista e com a equipe de saúde da família sobre as necessidades da população, levando a demanda e identificando questões que precisam ser melhoradas, otimizando o tempo dos profissionais almejando a excelência no atendimento, de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006<sup>21</sup>, o dentista pode estar presente sistematicamente. O que pode ser discutido e repensado é a frequência do mesmo nestas atividades educativas, que quanto maior, melhor o desempenho de sua equipe, quando é liderada por um CD articulador e coordenador que se vincula à escola e confere credibilidade e segurança para o trabalho da equipe.

O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças. A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho em coletivos. O ASB tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a equipe de saúde bucal orientar o seu trabalho. A presença do CD é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações<sup>10</sup>.

Esta pesquisa sugere que o cirurgião dentista não precisa ser o profissional da comunidade, mas sim, um profissional que direcione sua atenção às crianças, interagindo e ensinando cuidados de higiene oral, uma vez que os profissionais da odontologia ocupam um local de destaque como veículo de informação<sup>22</sup>. O estudo traz à tona a dificuldade em colocar em prática os preceitos e conceitos desejados para a integralidade e intersectorialidade, constatada através da percepção dos envolvidos em diferentes esferas. Os profissionais de saúde orientam suas atividades neste sentido, entretanto, é um desafio constante, pois requer a conscientização e vontade coletiva para sua execução. Considerando isto, Kusma et al<sup>23</sup> sugerem a utilização do modelo teórico para a Promoção da Saúde com os objetivos de ser uma estratégia educativa e de reflexão, de construir capacidades locais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal e instrumentalizar profissionais e gestores da saúde na tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação.



## Percepções acerca do conteúdo abordado

Os envolvidos perceberam o projeto como multitemático, identificando conteúdos relativos à promoção da saúde, prevenção de doenças, cidadania, arte, música, importância do cuidado com a saúde e importância do cirurgião-dentista.

Os relatos apontaram que os conteúdos adequados à faixa etária e aplicados à prática foram de grande valia permitindo construção compartilhada de conhecimento com os participantes.

*“... eu gostei da parte prática, trouxeram para a escola não só o teatro, mas como escovar, mostraram mesmo...”*

*“...não foi cansativo, teve um momento da parte teórica, mas depois, um momento mais lúdico, mais de brincadeira, mais de descontração, quando é assim as crianças conseguem participar...”*

*“... a parte prática foi fantástica, aqueles escovódromos no pátio, e eles participando, aí fechou com chave de ouro”*

*“foi um projeto ímpar, nunca tínhamos tido nada parecido e de nenhuma outra área...”*

*“...todos tiveram a oportunidade de ver como fazer”*

Segundo os entrevistados, o PROSPE teve como primeiro escopo a saúde bucal e a prevenção de doenças bucais, percebendo, em segunda instância, aspectos da saúde geral abordados nas atividades.

*“fizeram uma apresentação dos alimentos, a importância, o que não causa cárie, os que protegem mais...”*

*“começou pelo lanche...mudou completamente, todo dia eles estavam vindo com fruta”*

O conteúdo trabalhado foi bem compreendido e vivenciado. Sobre os assuntos abordados, a importância da higiene bucal, orientações sobre escovação incluindo horários e forma mais adequada, orientações sobre alimentação, sobre desenvolvimento da doença cárie e por fim, sobre hábitos saudáveis receberam destaque por parte dos envolvidos.

Os relatos apontam também para a necessidade de resgatar estes conteúdos sobre saúde bucal com frequência, de enfatizar a importância do cuidado e motivar as crianças constantemente. Foi relatada uma preocupação maior em procurar o dentista para consultas após a passagem do PROSPE.

*“alguns dias depois, as crianças se preocupam, mas depois cai no esquecimento, tem que ir resgatando para que eles tenham realmente higiene bucal”*

O conteúdo abordado atendeu a real necessidade das escolas em trabalhar assuntos recorrentes e importantes para a saúde bucal. Isto se expressa no destaque dado ao conteúdo abordado.

A vivência e compreensão do conteúdo abordado proporcionaram reflexão sobre o papel que cada um exerce sobre sua própria saúde, incentivando boas práticas de autocuidado. Isto se reflete na motivação em procurar o profissional da saúde para orientações e tratamento específicos para suas necessidades. A vinda do profissional na escola parece resgatar o interesse e despertar para esta conduta.

Os assuntos apontados merecem permanente inclusão em programas de saúde pública por serem importantes e recorrentes no âmbito da saúde bucal. No entanto é necessário pensar na inclusão de temas relacionados aos determinantes sociais, ao ambiente onde a comunidade vive, a fim de construir um conteúdo alinhado às necessidades da população.

De acordo com os parâmetros documentados pelo Ministério da Saúde, o conteúdo para as ações educativas coletivas contempla as principais doenças bucais, como se manifestam e são prevenidas; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre alimentação saudável; a orientação para auto-exame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e a prevenção ao uso de álcool e fumo<sup>10</sup>.

A população sente-se motivada e valoriza iniciativas pautadas na promoção de saúde e resolutividade de seus problemas. Por isto, a educação em saúde, deveria focalizar ações comunitárias factíveis e práticas, que possam realmente ser alcançadas no contexto de situações locais. Pensando nos benefícios do trabalho em grupo, pode-se pensar na implementação de programas educativos voltados para os professores, principalmente dentro do currículo acadêmico, a fim de torná-los mais capacitados para abordar este tema em sala de aula com seus futuros alunos<sup>22</sup>. Segundo Tanaka et al<sup>24</sup>, inclusive há necessidade de prover as escolas e professores com material didático adequado para o desenvolvimento das atividades no campo da saúde bucal.

Pensando no reforço apontado pelos entrevistados, é necessário rever o processo educativo em saúde e demanda deste apoio pedagógico.

Percebeu-se que a repetição dos conteúdos é considerada importante, merecendo atenção e reflexão. É possível que, tratando-se do assunto saúde, a falta deste reforço é sentida de forma diferente do que as questões educativas e pedagógicas. De acordo com Souza et al<sup>8</sup>, no cotidiano dos serviços de saúde, há uma sobreposição das abordagens tradicional (educação bancária) e radical (educação popular) de educação em saúde, provavelmente em função das complexidades do modelo radical e das dificuldades de se colocar em prática os seus pressupostos inovadores.

### **Percepções sobre os participantes.**

Os relatos apontam para o interesse, participação, adesão e envolvimento dos participantes em todos os momentos da passagem do programa por seu município, desde a organização à realização das atividades.

A participação da escola, da direção e dos professores foi muito importante nas atividades educativas e a participação das crianças nas atividades reflete o cuidado de seus professores e gestores acerca de sua saúde.

Na visão da escola, a família muitas vezes não desempenha o papel de exemplo e motivação esperado, negligenciando aspectos da saúde tão importantes para o crescimento.

*“seria mais significativo se tivesse trazido os pais para ouvir...se os pais tivessem participado teria sido um ponto a mais desse trabalho”*

*“seria interessante envolver os pais neste projeto, os pais estarem participando, para eles ajudarem os filhos nisto, para eles darem o exemplo...abranjer os pais também...seria um passo além para o projeto...”*

Sobre o papel dos pais, os envolvidos identificam carência de conhecimento e desinteresse dos pais em interagir e responsabilizar-se pela saúde de seus filhos. Mencionam que esta carência deve-se ao fato de estarem ausentes de suas residências para trabalhar e dispensarem pouco tempo para dedicar-se a educação e regras de higiene, como a escovação, por exemplo. Em virtude desta ausência, na visão da escola, negligenciam aspectos importantes de seu crescimento, deixando a educação para a escola e transferindo sua responsabilidade. Segundo os entrevistados, os pais deveriam ser o exemplo para seus filhos, envolvendo-se mais com a educação e adquirindo hábitos não somente para as crianças, mas também para suas vidas.

*“a criança aprende com o exemplo, e tendo o pai e a mãe em casa, é um exemplo que a criança tem”*  
*“na verdade, o pai e a mãe têm que praticar junto com a criança”*

Pensando no envolvimento da gestão, quando é participativa e preocupada com sua comunidade, projetos e programas são mais facilmente realizados e viabilizados, levando em consideração as limitações financeiras, de logística e de pessoal.

Considerando a participação dos profissionais de saúde, as diretoras, as crianças, os professores e os gestores municipais, percebe-se que o envolvimento e planejamento conjunto das atividades foi fundamental para alcançar resultados e sedimentar o conteúdo, uma vez que as crianças precisam estar motivadas e estimuladas a desempenhar autocuidado.

*“isto foi amplamente divulgado, os alunos fizeram cartazes, trabalharam a respeito e nós falamos sobre escovação, sobre necessidade da higiene bucal”*

De acordo com Ferreira et al<sup>9</sup>, as experiências com o binômio educação-saúde são interessantes e promissoras. A mobilização da comunidade e a participação de cada um como ator, e não mais como expectante, nos programas educativos, poderá favorecer o estabelecimento de práticas de autocuidado e otimizar a atenção à saúde bucal.

Desta forma, é necessário que os pais estejam incluídos e engajados em projetos e programas de saúde na escola, a fim de reconhecerem a importância da manutenção do cuidado no ambiente escolar e domiciliar. A escola cumpre o papel de acolher as crianças e promover a educação e a saúde, através do estímulo à prática de bons hábitos e da construção compartilhada de conhecimento. Neste contexto, a escola oportuniza aos pais a interação e participação neste processo; os pais, por sua vez podem sentir-se a vontade para externar suas necessidades e dificuldades, pensando no bem estar e saúde de todos.

Pensando nisto e na importância da inclusão dos pais no planejamento e execução de atividades educativas e preventivas desenvolvidas nas escolas, os programas podem considerar os horários que estes possam comparecer, em momentos que não coincidam com seus horários de trabalho. Envolvendo-os desta forma, pode-se ter retorno positivo na educação conjunta ao papel pedagógico da escola,

melhorando a condição de saúde de seus filhos bem com sua própria saúde. De acordo com Ferreira et al<sup>9</sup>, seria proveitoso inserir os adultos em atividades educativas, porque a partir do aprendizado eles poderiam interagir como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e amigos.

De fato, muitos pais têm uma vida difícil, com limitações financeiras e materiais, não conseguindo atender às expectativas que a escola tem. Percebe-se, portanto, que há necessidade de maior aproximação da escola e dos pais, almejando maior compreensão mútua. Inclusive, coloca-se como uma limitação do estudo não ter ouvido os pais para conhecer suas percepções sobre a questão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi capaz de desvelar as percepções dos participantes em relação às ações desenvolvidas pelo PROSPE. Os relatos enfocaram o método utilizado, o conteúdo abordado e os sujeitos envolvidos, apontando que o PROSPE foi percebido como programa inovador e como uma oportunidade de compartilhar experiências e agregar valor ao trabalho pedagógico desenvolvido pelas escolas.

Relacionando o referencial da EP com o modelo tradicional de ações educativas em saúde bucal, considera-se que o PROSPE apresenta aspectos de transição entre os dois modelos apresentados, tendendo para as práticas educativas interativas de construção compartilhada de conhecimento.

O estudo traz subsídios para a prática de um modelo de educação em saúde bucal pautado no paradigma da educação popular.

## REFERÊNCIAS

1. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. 213 p.
2. Vasconcelos, EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Serie B. Textos Basicos de Saude) p. 18 -29.
3. Stotz, E. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

- Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Serie B. Textos Basicos de Saude) p. 46-57.
4. Watt RG. Introdução. In: Bonecker M, Sheiham A, organizadores. ***Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas***. São Paulo: Santos, 2004. p. 1-12.
  5. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. ***Cien Saúde Colet*** 2004; 9(1):121-130.
  6. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. ***Cien Saúde Colet*** 2010; 15(5): 2539-2550.
  7. Aquilante AG, Almeida BS, Martins de Castro RF, Xavier CRG, Sales Peres SHC, Bastos JRM. A Importância da Educação em Saúde Bucal para Pré-Escolares. ***Revista de Odontologia da UNESP***, São Paulo, 32(1):39-45, 2003.
  8. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. ***Rev Gaúcha Enferm*** 2005; ago 26(2):147-53.
  9. Ferreira RI, Morano Jr M, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma experiência. ***Revista de Odontologia da UNESP*** 2004; 33(3): 149-56.
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Cadernos de Atenção Básica n. 17***. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Saúde na escola***. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24).
  12. AML Cultural Ltda. Projeto “Um Piano pela Estrada”. Disponível em <http://www.arthurmoreiralima.com.br/site/pianopelaestrada.htm>
  13. Deslauriers JP, Kérisit M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. ***A Pesquisa Qualitativa: Enfoques***

- epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.
14. Minayo, MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes, SF. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011. p.61-78
  15. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.
  16. Pires A. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154-211.
  17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70, 2009. 281p.
  18. Munguba MCS. Educação na saúde: sobreposição de saberes ou interface? [editorial]. *RBPS* 2010; 23(4):295-296, out./dez.
  19. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cien Saúde Colet* 2011; 16 (supl.1): 1547-1554.
  20. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pereira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza CE. *Rev Eletr Enf* [Internet] 2009; 11(1): 165-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>.
  21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.4. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.
  22. Ferreira JMS, Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Conhecimento de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal. *Interface Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(17): 381-8, mar-ago.
  23. Kusma SZ, Moyses ST, Moyses SJ. *Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção de Saúde Bucal*: Ferramenta de Avaliação. Curitiba, 2010. 31p.
  24. Tanaka C, Borghi WMMC, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Análise do conteúdo sobre saúde bucal no material

didático da disciplina de ciências utilizado em escolas de ensino fundamental. *Revista de Odontologia da UNESP* 2008; 37(2): 103-107.

**COLABORADORES:**

GG Silva trabalhou na concepção da pesquisa, na coleta e análise dos dados e na redação do artigo. CJ Amante trabalhou na revisão crítica do texto. DL Carcereri orientou todas as etapas da pesquisa, participou da elaboração do artigo.



## 7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AML Cultural Ltda. Projeto “Um Piano pela Estrada”. Disponível em <http://www.arthurmoreiralima.com.br/site/pianopelaestrada.htm>

AMORA, Antônio Soares. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa**. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 818p.

ARRUDA, Marina Patrício; ARRUDA, Laura Patrício. O profissional da saúde como mediador de emoções. **Rev. Eletr. Enfer.** v.12, n.4: 770-4, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a25.htm>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2009. 281p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica ; n. 24

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini; ZUANON, Ângela Cristina Cilense; GUIMARÃES, Murilo de Sousa. Educação em saúde na adolescência. **Cienc Odontol Bras** v.6, n.4: 48-53. Out./dez. 2003.

COSTA, Simone de Melo; NETO, João Felício Rodrigues; DURÃES, Sarah Jane Alves. Educação em Saúde: análise e reflexão das práticas educativas na odontologia. **Unimontes Científica**. Montes Claros, v.7, n.1, jan./jun. 2005.

CRUZ NETO, Otávio. “O trabalho de campo como descoberta e criação”. In: **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

DA ROS, Marco Aurélio. **FLECK E OS ESTILOS DE PENSAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. 206p. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação- Doutorado em Ensino de Ciências-CED- UFSC como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação. 2000.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michele. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.

FERREIRA, Janaina Maria Soares; MASSONI, Andreza Cristina de Lima Targino; FORTE, Franklin Delano Soares; SAMPAIO, Fábio Correa. Conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre Saúde Bucal. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, 2005 p.381-388, mar/ago.

FERREIRA, Rivea Inês; MORANO Jr, Miguel; MENEGHINI, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos. Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência. **Revista de Odontologia da UNESP.** São Paulo, v.33, n.3 p.149-156. 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. 213 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2009. 146 p.

GAZZINELLI, Maria Flávia; REIS, Dener Carlos; MARQUES, Rita de Cássia. **Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação.** Belo Horizonte: UFMG, 2006. 167 p.

GAZZINELLI, Maria Flávia; PENNA, Cláudia. “Educação em Saúde: Conhecimentos, representações sociais e experiências da doença”. In: **Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação.** Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.25-33.

GOMES, Alberto Albuquerque. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. **EccoS Revista Científica**, v.7, n.2, jul./dez. p.275-290, 2005.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; SOBRINHO, José Eudes de Lorena; ARAUJO, Jennyfer Christian; FERREIRA, Jainara Maria Soares; MENEZES, Valdenice Aparecida; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Percepção de escolares em relação à saúde bucal. **Robrac**. v.18, n.45. 2009 p. 40-47.

JEOLÁS, Leila Sollberger; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2 p. 611-620. 2003.

KLASSMANN, Larissa Magnus. Educação Infantil e Odontologia: uma integração necessária entre educadores e profissionais da saúde. **Ciências e Letras**. Porto Alegre, n.43, p.329-337. Jan/jun 2008.

KUSMA, Solena Ziemer, MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. **Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção de Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação**. Curitiba, 2010. 31p.

LIMA, Keite Azevedo; COSTA, Fátima Neves do Amaral. Educação em Saúde e Pesquisa Qualitativa: Relações Possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara v.16, n.1, p.33-38, jan./mar. 2005.

MEDEIROS, Maria Izabel Dantas; MEDEIROS, Luana Abílio Diniz Melquíades; ALMEIDA, Rossana Vanessa Dantas; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Conhecimentos e Atitudes de Professores de Ensino Fundamental sobre Saúde Bucal: Um Estudo Qualitativo. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** João Pessoa, v.4, n.2, 2004, p.131-136 mai/ago.

MOYSÉS, Simone Tetu; RODRIGUES, Cecile Soriano. “Ambientes Saudáveis: uma estratégia de promoção da saúde bucal de crianças”. In: **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p. 81-96.

OPAS Organização Pan-americana da Saúde, 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

OPAS Organização Pan-americana da Saúde. **Desafios para la Educación en Salud Pública**: La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Junho, 2000. 156p.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PIRES, Álvaro P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 215-253.

REIS, Dener Carlos. “Educação em Saúde: Aspectos históricos e conceituais”. In: **Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.19-24.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura; ALVAREZ, Angela Maria. O cuidado permeando as ações educativas com vistas a um viver-envelhecer qualificado. In: **Cuidar-Cuidado: reflexões contemporâneas**. Sousa FGM, Koerich MS. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p.77-90.

SHEIHAM, Aubrey. “Abordagens de Saúde Pública para Promover Saúde Periodontal”. In: **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p. 29-44.

SOUZA, Ana Luiza; CARCERERI, Daniela Lemos. Estudo Qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface – Comunic.,Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1071-84, out/dez.2011.

AML Cultural Ltda. **Caderno Ilustrado “Um Piano pela Estrada” “Um Sorriso pela Estrada”**. Disponível em: <http://www.arthurmoreiralima.com.br/site/pianopelaestrada.htm>

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2008. 334p.

VASEL, Josymeire; BOTTAN, Elisabete Rabaldo; CAMPOS, Luciane. Educação em saúde bucal: análise do conhecimento dos professores do ensino fundamental de um município da região do Vale do Itapocu (SC). **RSBO Revista Sul Brasileira de Odontologia**. v.5, n.2, 2008, p.12-18.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Pluralidade da educação e saúde na prática interdisciplinar. **RBPS** [Editorial]. v.19, n.2, p. 59-60. 2006.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, Aug. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Mar. 2011.

VILLA, Eliana. “Educação em Saúde: A prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional”. In: **Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.43-51.

WATT, Richard G. Introdução. In: **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p. 1-12.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu o conhecimento das percepções dos envolvidos PROSPE e desvelou o alcance das atividades desenvolvidas, a contribuição do projeto para políticas de educação em saúde através do conhecimento das fortalezas e debilidades. O projeto atendeu as necessidades das escolas, estimulou a interação e permitiu a aproximação entre os envolvidos.

Após a análise do referencial teórico e relacionando o referencial da Educação Popular em Saúde com o modelo tradicional de ações educativas em Odontologia, considera-se que o projeto apresenta aspectos de transição entre os dois modelos apresentados, tendendo para as práticas educativas interativas de construção compartilhada de conhecimento.

Concluiu-se que o projeto estudado mostrou-se como uma oportunidade de construir conhecimento, compartilhar experiências e agregar valor ao trabalho pedagógico desenvolvido pelas escolas. Aponta caminhos para a prática de um modelo de educação em saúde bucal pautado no paradigma da educação popular em saúde.

Considerando a importância de práticas educativas preventivas na promoção de saúde, encoraja-se a construção de métodos dialógicos e interativos, apreciando a participação de todos os atores envolvidos. Recomenda-se a continuidade de pesquisas neste objeto, uma vez que a educação tem poder transformador.





**APÊNDICE A - Informações das instituições  
(cidades, número de alunos)**

Barra Velha: 140 crianças

Tijucas: 280 crianças.

Rio do Sul: 160 crianças.

Gaspar: 150 crianças

**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista de Grupo Focal**

**QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS EM GRUPOS  
FOCAIS:**

1. Primeiramente gostaria que vocês descrevessem o projeto de Educação em Saúde e Música desenvolvido em seu município e escola. Como ele aconteceu?
2. E sobre as atividades desenvolvidas, o que teriam a dizer?
3. Como percebem a realização destas atividades especificamente quanto aos seus realizadores?
4. Qual a percepção de vocês sobre a vivência das pessoas no projeto?
5. Como vocês avaliam a passagem do projeto em seu município e escola?



## APÊNDICE C - Modelo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Meu nome é Grasiela Garrett da Silva, sou mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva e estou realizando a pesquisa “ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL”, orientada pela Professora Dra. Daniela Lemos Carcereri. Através deste estudo buscaremos analisar a percepção das pessoas e as ações envolvidas no projeto integrado de Educação em Saúde e Cultura e compreender o alcance destas atividades. Para que isso seja possível, será feita uma entrevista em grupo, chamada “Grupo Focal”, onde você apresentará junto aos demais membros do grupo, sua opinião sobre as atividades dos projetos. A entrevista será registrada, com o auxílio de um gravador. Este procedimento não prevê desconforto e riscos, apenas tomará parte de seu tempo. Através dos resultados obtidos, esperamos melhorar as estratégias de participação popular nas ações de educação em saúde contribuindo para a implementação de políticas públicas, com ênfase em ações coletivas de saúde bucal. Caso você tenha alguma dúvida ou não queira mais participar do estudo e deseje retirar seu consentimento, entre em contato com: Grasiela Garrett da Silva (pesquisadora principal), pelos telefones (48) 7811-4406 e (48) 3207-2305 ou com Dra. Daniela Lemos Carcereri (pesquisadora responsável), através dos telefones (48) 3238-1420 e (48) 9102-5328. Se você concordar em participar, as informações coletadas serão confidenciais e utilizadas somente para este estudo.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu discuti com a pesquisadora Grasiela Garrett da Silva sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os objetivos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanente. A minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores responsáveis pelo estudo de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha privacidade.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

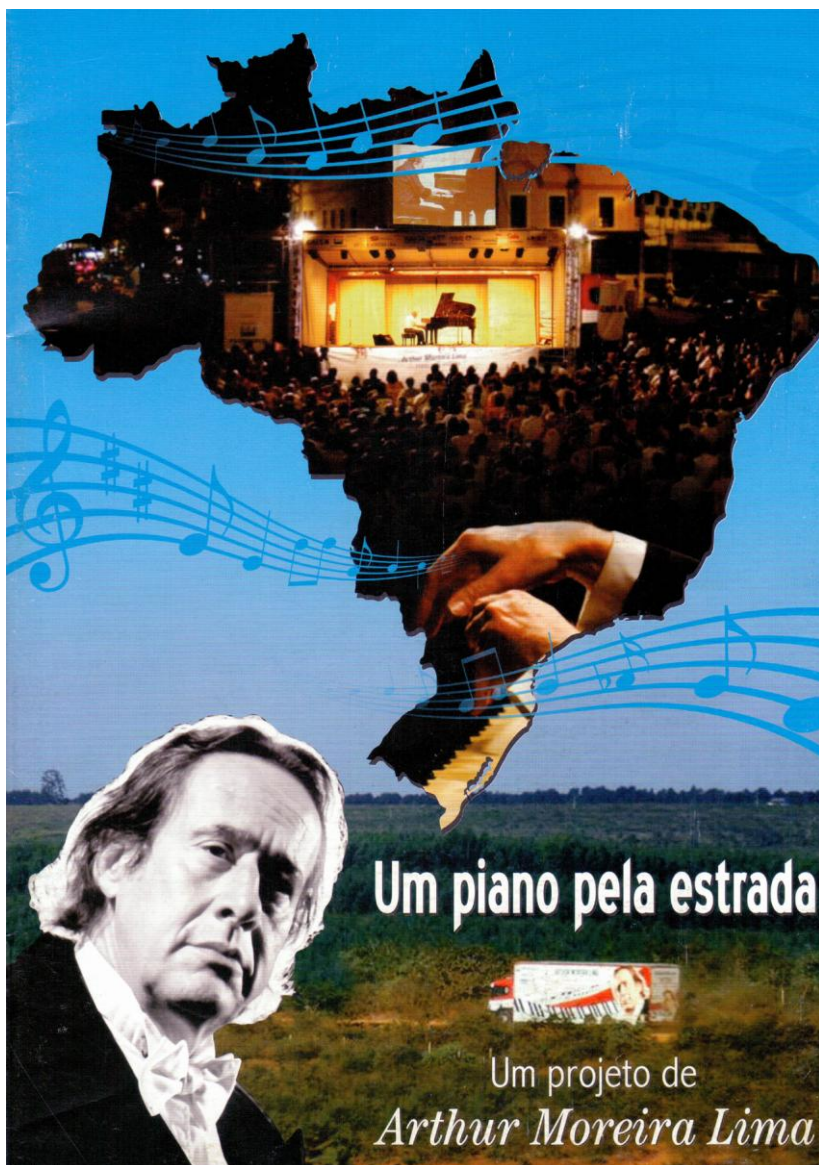
\_\_\_\_\_  
(nome do participante)

\_\_\_\_\_  
(assinatura da pesquisadora principal)

\_\_\_\_\_  
(assinatura da pesquisadora responsável)

## ANEXO A - Caderno ilustrado do projeto

(continua)



## ANEXO A - Caderno ilustrado do projeto

(cont.)



### 1. O projeto

No momento em que, dentro de um mundo globalizado, tentamos fortalecer nossa identidade, imprescindível para a dignidade de uma nação, este projeto vem trazer música, universal e brasileira, a uma população que dificilmente teria acesso a esse tipo de manifestação.

Nosso caminhão-teatro, conhecido desde o sucesso dos projetos “São Francisco - Um Rio de Música” (2003), São Paulo 450 Anos (2004), CTBC 40 Anos (2004), Embratel 21 (2004), Light 100 Anos (2005), “Nos Caminhos da Fronteira” (2005/2006), “Nos Caminhos de JK” (2007), “Brasil Sertões” (2008/2009) e “Nos Caminhos dos Tropeiros” (2009) já realizou mais de 300 apresentações, levando cultura a quase um milhão de pessoas, em cerca de 170.000km de percurso pelos estados de MG, BA, PE, SE, AL, GO, TO, SP, PI, PB, CE, RN, ES, PR, SC, RS, MS, MT, AC, RO, MA, PA, RJ e DF.

No ano de 2009, também realizamos tournées pelo Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

O projeto “Um Piano pela Estrada” ainda pretende levar a arte de Arthur Moreira Lima a outras cidades deste imenso Brasil. Temos muitos pedidos de cidades para serem incluídas em nossos roteiros, o que será feito, levando-se em conta sua importância histórica, geográfica, econômica ou política. Atendendo, sobretudo, às mais carentes.



*Em Diamantina (Minas Gerais)*



*Em Barbalha (Ceará)*



*Em São Luiz (Maranhão)*



*Em Belém (Pará)*

## ANEXO A - Caderno ilustrado do projeto

(cont.)



### 6. Um Sorriso pela Estrada

Sob a direção das odontólogas especializadas Margareth Monteiro Garrett e Grasiela Garrett da Silva, este projeto paralelo ao “Um Piano pela Estrada” é uma ação sócio-comunitária que leva às crianças das cidades, por onde passa a nossa caravana, palestras educativas sobre saúde geral e bucal, prevenção e higienização, atividades práticas de escovação supervisionada em escovódromos (pias portáteis próprias para este fim), além da distribuição de kits de higiene bucal e atividades lúdicas educativas.

Atuando em instituições públicas, o projeto já realizou “São Francisco - Um Rio de Sorrisos”, “Um Sorriso pela Estrada - Nos Caminhos da Fronteira”, “Um Sorriso pela Estrada - Nos Caminhos de JK”, “Um Sorriso pela Estrada - Brasil Sertões” e “Um Sorriso pela Estrada 2009”.

O projeto tem contado com a parceria do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, e da ABO - Associação Brasileira de Odontologia, com apoio da Malhas Malwee, Olsen, Speed Graph e Condor.

Em 2009, “Um Sorriso pela Estrada”, que já contribuiu com a melhoria da qualidade de vida de mais de 100 mil pessoas, em 200 cidades de 24 estados brasileiros, recebeu o prêmio Destaque Sinog em Responsabilidade Social, promovido pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG, em sua 8ª edição.



*Milhares de crianças, em todo o país, já receberam as orientações e cuidados do projeto Um Sorriso pela Estrada*







## ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – certificado n. 1867

Certificado

Página 1 de 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

### CERTIFICADO Nº 1867

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

#### APROVADO

**PROCESSO:** 1867      **FR:** 409550

**TÍTULO:** INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE BUCAL: REFLEXÕES SOBRE CULTURA, EDUCAÇÃO E CIDADANIA

**AUTOR:** Daniela Lemos Carcereri, Grasiela Garrett da Silva

**FLORIANÓPOLIS, 27 de Junho de 2011.**

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC

[https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id\\_pesquisa=1867](https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id_pesquisa=1867)

12/12/2011



## ANEXO C - Normas da revista

(continua) 355

**Introdução**

**Ciência & Saúde Coletiva** publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Revista em Saúde Pública* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingscience/> ou <http://www.apmcp.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

**Seções de publicação**

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

**Debate:** artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

**Artigos temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

**Artigos de temas livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área e das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

**Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciasaudecoletiva.com.br](http://www.cienciasaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciasaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciasaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsínque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

**Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo "documento em Word" o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. IM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

**Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência deste no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

**Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, xogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

## ANEXO C - Normas da revista

(cont.)

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

## Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1. ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF<sup>11</sup>; ex. 2. ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>2</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

## Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

## Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos calm*. Brasília: DILIC/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *Il veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EEG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

## Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV/AIDS: the facts and the future* [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1996.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

## Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculotomy com mitomycin C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arg Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

## Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/ed.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arg Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr. [acessado 2004 Jul 12]; 37(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDE, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

## ANEXO D - Outros trabalhos publicados durante o Mestrado

### Formação em odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC

Daniela Lemos Carcereri\*, Cláudio José Amante\*\*, Marynes Terezinha Reibnitz\*\*\*, Gianina Salton Mattevi\*\*\*\*, Grasiela Garret da Silva\*\*\*\*\*, Ana Clara Loch Padilha\*\*\*\*\*, Inês Beatriz da Silva Rath\*\*\*\*\*

- \* Membro do Comitê Gestor do Pró-Saúde, Tutora do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC
- \*\* Pró-Reitor de Assuntos Estudantis da UFSC
- \*\*\* Chefe do Departamento de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC. Membro do Comitê Gestor do Pró-Saúde da UFSC
- \*\*\*\* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Odontologia da UFSC – Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva
- \*\*\*\*\* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC – Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva
- \*\*\*\*\* Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, Membro do Comitê Gestor do Pró-Saúde, Representante Discente no Colegiado do Curso
- \*\*\*\*\* Coordenadora do projeto Pró-Saúde do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC

#### RESUMO

Na última década, a formação de profissionais de saúde tem sido reformulada com políticas de educação e de saúde promovidas pelos Ministérios da Educação e Cultura e da Saúde. Este artigo apresenta a experiência do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) na implantação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Como processo indutor, o programa direcionou as mudanças com vistas à integração ensino-serviço e à utilização de novas metodologias de ensino-aprendizagem, enfatizando a atenção básica. Na área de Odontologia, tais movimentos mostram-se necessários tendo em vista que, historicamente, tanto o sistema formador como o mercado de trabalho foram regidos pela iniciativa privada. Na UFSC, as atividades foram estruturadas em conformidade com os três eixos de desenvolvimento do Programa e impulsiona-

ram o movimento de reforma curricular. O Pró-Saúde foi fundamental para a indução desse processo de mudança em uma perspectiva interdisciplinar, trazendo contribuições em todos os eixos.

#### DESCRIPTORIOS

Formação de Recursos Humanos. Educação em Odontologia. Recursos Humanos em Odontologia.

Na última década, a formação de profissionais de saúde tem sido reformulada com base em políticas de educação e de saúde promovidas em parceria por dois ministérios: o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Essas políticas sinalizam na direção de uma reforma curricular imprescindível nos cursos de graduação da área da saúde.<sup>3,8</sup>

Em 2002, ocorreu a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação