

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
**CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**  
**DE RIO DO SUL - SC (PROESASUL)**

JOÃO CARLOS CAETANO (orientador)

MARA LÚCIA CAMPOS (mestranda)

**ITAJAÍ (SC), MAIO DE 2005**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL  
DE RIO DO SUL - SC (PROESASUL)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Prof. Dr. João Carlos Caetano - Orientador  
Prof<sup>a</sup> MSc Elisabete R. Bottan - Co-orientadora

**ITAJAÍ (SC), MAIO DE 2005**

**MARA LÚCIA CAMPOS**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL  
DE RIO DO SUL – SC (PROESASUL)**

Esta dissertação foi considerada aprovada ao seu término pelo Programa de Pós-Graduação no curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

---

Presidente: Dr. João Carlos Caetano – UNIVALI

---

Membro: Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe – UNIVALI

---

Membro: MSc. Elisabete Rabaldo Bottan – UNIVALI

---

Membro: Dr. Gilsee Ivan Regis Filho – UFSC

## RESUMO

Este trabalho descreve e avalia o Programa de Educação em Saúde Bucal de Rio do Sul - SC (PROESASUL), considerando: a) a descrição das atividades desenvolvidas, com base nos documentos do Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul; b) a verificação do efeito das ações e práticas implementadas, mediante a análise de indicadores epidemiológicos e do nível de conhecimento dos escolares; c) a análise das ações desenvolvidas, segundo as categorias conceituais adotadas. A pesquisa qualitativa constou da análise de documentos, produzidos pelo Serviço e outras Instituições, e da análise das percepções dos professores (n=79) de 17 escolas, definidas por critério aleatório, e dos cirurgiões dentistas (n=10), obtidas através de entrevista semi-estruturada. A síntese das análises foi realizada com base nas nove categorias definidoras das abordagens de Promoção de Saúde e de Prevenção de Doenças, propostas por Buss (2003). Constatamos uma coerência entre o discurso oficial e a prática, identificando uma prática de Promoção de Saúde nas categorias referentes: a) ao Conceito de Saúde porque este é apresentado como um conceito positivo e multidimensional e não limitado à ausência de doença; b) ao Modelo de Intervenção porque é participativo; c) às Estratégias adotadas que são diversificadas e complementares; d) aos Executores do Programa, caracterizado como multiprofissional e multi-setorial. Como prática, eminentemente, de Prevenção de Doenças, encontramos a categoria Incumbência, uma vez que conteúdos e temas estão direcionados à prevenção da doença cárie. Para as demais categorias, percebemos que o Programa se encontra em um processo de transição. As Ações não atingem toda a população no seu ambiente total, porém, não estão limitadas somente aos grupos de alto risco. Na categoria Objetivos do Programa, percebemos algumas mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente, traduzidas como comportamentos e habilidades das crianças, no auto-cuidado, e dos professores, ao valorizarem a saúde no contexto da escola. Com base nos depoimentos dos sujeitos entrevistados, detectou-se um entrosamento participativo de cirurgiões-dentistas e professores, porém, por parte dos pais, há uma aceitação passiva, com pouco envolvimento. Os dados epidemiológicos demonstram uma melhoria significativa na condição de saúde bucal dos escolares assistidos pelo Programa. Houve a redução do CPO-d médio, aos doze anos de idade, de 6,8 (em 1991, início do Programa) para 1,26, em 2000. O conhecimento dos escolares sobre as questões de saúde bucal, conforme resultados da pesquisa efetivada por órgão externo ao Programa, amplia-se na medida em que o nível de escolarização aumenta. Concluímos que as atividades desenvolvidas pelo PROESASUL têm sido efetivas e têm produzido um impacto positivo sobre as condições de saúde bucal dos escolares de Rio do Sul (SC). No entanto, recomendamos um redimensionamento de suas ações, incluindo estratégias que possam favorecer a participação de toda a comunidade, bem como a ampliação da incumbência, extrapolando-se da patologia específica para uma rede de temas da saúde.

Palavras-chave: avaliação de programas; educação em saúde bucal; promoção da saúde

## ABSTRACT

This work describes and evaluates the Program of Education in Mouth Health from Rio do Sul (PROESASUL), considering: a) description of activities developed, based in documents of the Dentistry Department of Rio do Sul Health Secretary; b) the verification of actions and practices introduced effects, through analysis of epidemiological indicatives and knowledge level of scholars; c) analysis of actions developed, according to respected categories adopted. The qualitative research consisted of analysis of documents produced by the Service and other institutions, and analysis of teachers' (n=79) and dentists' (n=10) perceptions in 17 schools, defined according to aleatoric criteria, achieved through semi-structured interviews. The synthesis of analysis was done based on nine definitor categories of Health Promotion and Diseases Prevention approaches, offered by Buss (2003). We found out a coherence between the official speech and the practice, identifying one practice of Health Promotion in the categories referring to: a) the Health Concept because this is presented as a positive and multidimensional concept and not limited to absence of health; b) the Intervention Model because it is participative; c) the Strategies adopted which are diversified and supplementary; d) the Executors of the Program, which is multiprofessional and multisetorial. As an eminent practice of Health Promotion, we found the category Incumbency, once the contents and themes are directed to prevention of the cavity disease. For the other categories, we noticed that the Program is in a process of transition. The Actions don't reach all the population in their total environment, but they are not limited only to the high risk groups. In the category Program Aims, we noticed some changes in the situation of individuals and their environment, expressed as children's behaviors and skills in personal care, and teachers that prize health in school context. Based on declarations of the interviewed subjects, we perceived a participative mesh of dentists and teachers, however, from the parents there is a passive acceptance, with few involvement. The epidemiological data showed a significant improvement in mouth health condition of scholars attended by the Program. There was a reduction on the average CPO-d, at twelve years old, from 6,8 (in 1991, beginning of the Program) to 1,26, in 2000. According to the results of research accomplished by an organization external to the Program, the scholars' knowledge about mouth health amplifies as the scholar level increases. We concluded that the activities accomplished by PROESASUL have been effective and have produced a positive impact on mouth health condition of scholars from Rio do Sul (SC). Although, we recommend a re-dimension of actions, including strategies that can support the participation of all the community, and amplification of incumbency, going beyond the specific disease for a web of health themes.

Key words: programs evaluation, mouth health education, health promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Diferenciação entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças..... 30
- Gráfico 1** - Valores do CPO-d médio, aos 12 anos, referente ao período de 1992 a 2000 no Município de Rio do Sul - SC. .... 40
- Gráfico 2** – Distribuição da frequência relativa (%) de escolares de 12 anos de idade livres de cárie assistidos pelo PROESASUL..... 41
- Gráfico 3** - Distribuição da frequência relativa (%) de dentes hígidos em escolares de 12 anos de idade assistidos pelo PROESASUL..... 42
- Gráfico 4** - Distribuição da frequência, por série, da manifestação das categorias de análise na etapa 1 da avaliação do processo de aprendizagem dos conceitos de saúde bucal das escolas da rede pública municipal de Rio do Sul - SC ..... 44
- Gráfico 5** - Distribuição da frequência, total, da manifestação das categorias de análise, na etapa 2 da avaliação do processo de aprendizagem sobre conceitos de saúde bucal das escolas da rede pública municipal de Rio do Sul - SC. .... 45

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
1.1 Contextualização do objeto de investigação .....	07
1.2 Objetivos .....	10
1.2.1 Objetivo geral .....	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
2.1 Embasamento teórico .....	11
2.1.1 Promoção em saúde .....	11
2.1.2 Promoção em saúde bucal.....	14
2.1.3 Prevenção de doenças.....	16
2.1.4 Educação em saúde.....	17
2.1.5 Educação em saúde bucal .....	19
2.1.6 Avaliação em saúde .....	21
2.1.7 Processos de avaliação de programas .....	25
2.2 Marco teórico.....	29
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>32</b>
3.1 Etapas de pesquisa.....	32
3.2 Questões éticas.....	34
<b>4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA</b> .....	<b>35</b>
4.1 Primeira etapa da avaliação .....	35
4.1.1 Descrição do PROESASUL.....	35
4.1.2 Dados Epidemiológicos.....	40
4.1.3 Nível de conhecimento dos alunos.....	42
4.2 Segunda etapa da avaliação .....	46
4.2.1 A fala dos professores.....	46
4.2.2 A fala dos cirurgiões-centistas.....	51
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>64</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>71</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do objeto de investigação

A assistência odontológica no município de Rio do Sul – SC tem seu início na década de 50, através do Sistema Previdenciário, patrocinado pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões organizados por categorias profissionais com uma unidade de atendimento e um cirurgião-dentista contratado pela modalidade direta para prestar serviços curativos e de livre demanda. Este modelo, predominantemente assistencial e caracterizado por ações, na sua maioria, de caráter mutilador, no âmbito da previdência social, determinou um serviço de atenção odontológica muito incipiente, não só em Rio do Sul (SC), mas em todo o território Nacional.

No final da década de 60, com a incorporação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões das entidades de classe pelo Estado, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o município passou a oferecer uma assistência previdenciária de saúde pública. No entanto, o modelo assistencial permanecia o mesmo, ou seja, curativo-reparador.

A criação da Coordenadoria de Assistência Odontológica, em 1976, no INPS, proporcionou uma certa expansão e uniformização dessa assistência. O segurado da Previdência Social e seus dependentes passaram a ter, formalmente, direito a cuidados odontológicos reparadores. Na prática, porém, essa assistência ainda se mostrava insuficiente em termos de qualidade e cobertura populacional. (PIRES FILHO, 1995).

Tendo em vista que o atendimento do Sistema Previdenciário era restrito à população contribuinte e o Estado não conseguia suprir as necessidades da população não previdenciária, o Município, a partir dos anos 80, assumiu a tarefa de ofertar serviços médicos e odontológicos, em ambulatórios públicos, extensivos a toda população. Na Odontologia, o atendimento era de livre demanda com procedimentos curativos e os profissionais eram assalariados. Contudo, o sistema assistencial odontológico predominante no município de Rio do Sul (SC), neste período, continuou sendo curativo-reparador.

Segundo Narvai (1994), o modelo de prática e assistência odontológica

vigente, no território nacional, àquela época, caracterizava-se pela ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição (das unidades prestadoras de serviços), baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, inadequação no preparo dos recursos humanos. E, como observou Garrafa *apud* Pauleto et al. (2004, p.123), “trata-se de uma odontologia tecnicamente elogiável [...] cientificamente discutível [...] e socialmente caótica [...]”.

Este modelo de prática em saúde passou, então, a ser objeto de discussões e proposições por parte de diferentes segmentos da sociedade, no período de 1980-1990. O início deste período foi marcado pela chamada crise da Previdência Social, pelo processo de reorganização das entidades da sociedade civil, pelo resgate das liberdades democráticas e o ressurgimento de processos de tematização que caracterizaram o princípio da transição democrática. O contexto político e social determinou avanços no campo jurídico e administrativo do setor saúde, que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os princípios normativos do SUS regem que a saúde é um direito básico, acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade e na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado, em diferentes níveis de complexidade, e regulado através do controle social. (PAULETO et al.,2004)

Com a implantação do SUS e a união de alguns dentistas da Rede Municipal de Saúde, que estavam acompanhando o movimento da Reforma Sanitária, cujo marco inicial remete às conclusões e deliberações da VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, é que se estabelece o processo de mudanças pela melhoria dos níveis de Saúde Bucal e por uma maior cobertura populacional, em Rio do Sul (SC). As diretrizes do SUS, como afirmaram Roncalli et al. (1999), puseram em cheque os modelos vigentes e desafiaram os municípios a se reorganizarem.

Os modelos assistenciais em saúde geral, e de saúde bucal em particular, de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior a partir da criação do SUS. Neste contexto, a Educação em Saúde do Escolar foi definida como uma prática para a promoção, manutenção e recuperação da saúde do escolar e da comunidade da qual a criança fizesse parte. Dentre os clássicos modelos de assistência a escolares, o que se estabeleceu como hegemônico foi o Sistema Incremental que, na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de Saúde Escolar.

O sistema incremental se estabeleceu a partir do paradigma curativo-restaurador com clara dicotomia curativo - preventivo, o que provocou, na melhor das hipóteses, um aumento no número dos dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis da doença bucal. Apesar do Sistema Incremental de base escolar ser um modelo programático com limitações, formava uma base muito sólida e confortável para grande parte dos municípios. Era um sistema que, embora implantado de forma acrítica, tinha uma estrutura organizacional muito forte e consolidada. (NARVAI, 1996)

É fundamental destacar-se que, embora no período compreendido entre os anos 50 e fins dos anos 80 outros municípios brasileiros já praticassem a assistência aos escolares, em Rio do Sul isto não ocorria. É neste contexto histórico que a Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social e a Secretaria Municipal da Educação de Rio do Sul implantaram em 1991 o Programa de Educação em Saúde Bucal de Rio do Sul (PROESASUL), na rede de ensino público municipal, atendendo, de forma individual e coletiva, crianças de 0 a 12 anos.

Decorridos mais de dez anos de existência do Programa e considerando-se as mudanças conceptuais, que ocorreram e continuam ocorrendo, entende-se como necessária uma avaliação, pois, como argumentaram Hilgert et al. (1999, p.10), “os conceitos básicos de Educação em Saúde e sua repercussão no processo de Educação em Saúde Bucal requerem revisões constantes [...] para que a prática sustentada por tais conceitos possa estar atualizada à realidade que se vive”. A avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente e, na área da Odontologia ela, ainda, se apresenta como uma “caixa preta” (NARVAI, 1996). Portanto, o objeto deste trabalho é o PROESASUL (Programa de Educação em Saúde Bucal de Rio do Sul - SC) tendo como objetivo descrever e avaliar o seu processo de desenvolvimento ao longo do período de 1991 a 2004.

Desta forma, estruturou-se o trabalho em capítulos capazes de possibilitar ao leitor o entendimento dos fundamentos teóricos e metodológicos empregados nessa pesquisa. No capítulo de Referencial Teórico, foram sintetizadas as idéias dos autores com os quais nos identificamos e que assumimos como conceitos norteadores fundamentais para a análise do Programa. Nos Procedimentos Metodológicos, descreve-se o caminho metodológico adotado nesta investigação de abordagem qualitativa. Os produtos gerados através da análise dos dados coletados estão descritos no capítulo quatro. E, finalmente, no capítulo de Considerações

Finalis, se estabelece uma reflexão acerca das atividades que foram desenvolvidas, com base nos pressupostos do marco teórico.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

- Descrever e avaliar o processo de implantação e desenvolvimento do Programa de Educação em Saúde Bucal da cidade de Rio do Sul (PROESASUL).

### 1.2.2 Objetivos específicos

1. Relatar as atividades do PROESASUL, ao longo do período 1991-2004, com base nos documentos do Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul e nas falas dos sujeitos envolvidos neste processo;
2. Verificar o efeito das ações e práticas implementadas, mediante a análise de indicadores epidemiológicos e do nível de conhecimento dos escolares, através da análise de documentos do Departamento de Odontologia do Município de Rio do Sul;
3. Analisar as ações desenvolvidas, segundo as categorias conceituais de promoção e prevenção adotadas por Buss (2003).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Embasamento teórico**

Ao se analisar o discurso vigente no campo da promoção da saúde, constata-se que, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. Está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se, também, a uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. (BUSS, 2003; KICKBUSCH, 1996; PEREIRA et al., 2000; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Este é o atual entendimento sobre promoção de saúde, no entanto, como destacaram Cerqueira (1997), Mello et al. (1998) e Buss (2003), ainda persiste muita confusão entre promoção de saúde e prevenção de doenças. Daí porque se pretende abordar, neste capítulo, o pensamento de diversos autores quanto a estes termos.

Definiu-se, também, focar conceitos relativos à educação em saúde, pois o objeto desta investigação é um programa de educação em saúde bucal com escolares. É fundamental que se conheça de que modo a educação em saúde é concebida, principalmente, no campo da Odontologia, isto é, que correntes de pensamento têm orientado os profissionais para o fazer educação em saúde/saúde bucal. Assim, optou-se, nesse capítulo, por se apresentar os aportes teóricos que subsidiaram o processo de avaliação do PROESASUL.

#### **2.1.1 Promoção em saúde**

O termo promoção de saúde, muito embora tenha sido conceituado por Winslow, em 1920, tem sua referência relacionada ao médico inglês Henry E.

Sigerist quando, em 1945, definiu como sendo tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (BUSS, 2003; PEREIRA et al., 2000; TERRIS, 1996). Entretanto, no campo da saúde pública, a primeira declaração teórica geral aconteceu em 1974, quando o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Lalonde, publicou o documento intitulado “Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses”, propondo um processo de mudanças radicais no setor da saúde, com dois grandes objetivos: reduzir os riscos de saúde mental e física e melhorar o acesso da população a uma adequada atenção à saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; TERRIS, 1996).

Como consequência do documento Lalonde, em 1978, realizou-se em Alma Ata (antiga URSS) a “Primeira Conferência Internacional sobre a Assistência Primária à Saúde”, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nela, foi estabelecida a meta “Saúde para Todos no ano 2000” com recomendações que influenciaram as políticas de saúde de diversos países, tais como: estabelecimento dos princípios da universalização, equidade, regionalização, hierarquização do setor saúde em níveis crescentes de complexidade e a participação popular. Implícita na estratégia de “Saúde para Todos” encontrava-se a nova visão de Promoção da Saúde, integrando claramente o enfoque estruturalista (mudança no ambiente) e o enfoque do estilo de vida (comportamento das pessoas) (CANDEIAS, 1997; LALONDE, 1996; PEREIRA et al., 2000).

Desde então, vários eventos e documentos têm sido produzidos com a finalidade de discutir e apresentar propostas para as questões da saúde e sua promoção. Ressalta-se a importância das Conferências Internacionais de Promoção de Saúde e consequentes relatórios. O conceito moderno de promoção em saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. As três Conferências realizadas entre 1986 e 1991 (Ottawa, em 1986, Adelaide, em 1988 e Sundsvall, em 1991) estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As Conferências seguintes, de Jacarta em 1997 e no México, no ano de 2000,

enfatazaram a participação popular e o *empowerment*, mediante instrumentalização dos sujeitos através do acesso à educação e à informação (CANDEIAS, 1997; PEREIRA et al, 2000).

Estes documentos apontavam para a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, incluindo, postura abrangente que respeite as peculiaridades culturais; esforço maior de pesquisa em saúde; de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, para que as pessoas sejam vistas e assistidas na integralidade de seu ser. Portanto, a promoção de saúde passa a ser concebida como um paradigma alternativo para as políticas de saúde em todos os países, segundo o qual a saúde é compreendida como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, biológicos e ambientais, entre outros, interagindo num processo dinâmico (BUSS, 2003; CANDEIAS, 1997; KICKBUSCH, 1996; PEREIRA et al., 2000; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; TERRIS, 1996).

A Carta de Ottawa - Canadá (1986), documento final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, explicitou que a promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Neste sentido, as pessoas devem ser instrumentalizadas para saber identificar aspirações, modificar favoravelmente o meio ambiente e controlar os fatores determinantes da sua saúde (BRASIL, 2001).

A II Conferência, realizada em Adelaide (Austrália), no ano de 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas como um pressuposto para a vida saudável, identificando quatro áreas prioritárias para ações imediatas: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis. E, a Declaração de Sundsvall (Suíça), documento síntese da III Conferência, que ocorreu em 1991, enfocou a relação ambiente e saúde, avançando na compreensão do ambiente ao incorporar suas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais. As prioridades para o desenvolvimento passam ser consideradas a partir do gerenciamento das metas de saúde e ambiente, direcionadas pelo compromisso com o desenvolvimento sustentável e com a equidade (BUSS, 2003; PEREIRA et al., 2000; BRASIL, 2001).

A discussão sobre saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico foi o eixo norteador da IV Conferência Internacional, em 1997, em Jacarta (Indonésia). As recomendações desta

Conferência foram no sentido de se estimular a participação, por meio da educação, informação e direito de voz das pessoas e comunidades, como essenciais na promoção de saúde. Nesse sentido, ela reforça a necessidade de participação de toda a sociedade na consecução dos objetivos que levem a uma melhor qualidade de vida. O desafio lançado foi o de desenvolver o potencial para a promoção da saúde inerente às comunidades e famílias, mediante o estabelecimento de parcerias que envolvam os setores público e privado (BUSS, 2003; PEREIRA et al., 2000; BRASIL, 2001).

A V Conferência realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção em saúde para o século XXI, identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembléia Mundial da Saúde de 1998: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; c) aumentar a inversão no desenvolvimento da saúde; d) assegurar a infra-estrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde (BRASL, 2001).

Portanto, pautados nas orientações das Conferências, diversos autores afirmam que a promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis, particularmente aquelas de caráter intersetorial. As pedras angulares da promoção da saúde passam a ser, então, a cooperação intersetorial e a participação da população que, para sua concretização, requerem apoio de estratégias educativas (BUSS, 2003; EPP, 1996; KICKBUSCH, 1996; PEREIRA et al., 2000; TERRIS, 1996).

### 2.1.2 Promoção em saúde bucal

A definição do termo Promoção em Saúde Bucal pode assumir distintos significados a partir da interpretação de diferentes autores, no entanto, destaca-se o conceito proposto por Sheiham e Moysés (2000, p.26):

Promoção de saúde bucal significa a construção de políticas públicas saudáveis, através da criação de ambientes que apóiem escolhas saudáveis (“suportivos”), com o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal



para práticas de autocuidado em higiene e saúde, e a reorientação de serviços odontológicos. Torna-se imediatamente visível, neste sentido, que promoção de saúde bucal é um conceito que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico. Na verdade tal conceito implica na incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva.

A instituição escolar apresenta-se como um importante ambiente para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde bucal, oportunizando ações de caráter coletivo, tais como: oferta de alimentos saudáveis na cantina; política de controle de hábitos saudáveis, como controle de tabagismo e auto cuidado, e inclusão, no currículo escolar, de tópicos de saúde bucal com instruções práticas através de orientação supervisionada. Inclui-se, também, o treinamento de funcionários e professores, abordando temas de saúde bucal como exemplos de ações de promoção saúde bucal no ambiente escolar. A escola apresenta-se, também, como um ambiente favorável à participação da comunidade, viabilizada pela ampliação das relações com os pais, associações e autoridades locais de saúde (ABEGG, 1999; BRASIL, 1998; MOYSÉS; WATT, 2000).

Sobre as variações de significados do termo Promoção de Saúde Bucal, Dickson e Abegg (2000) relataram a possibilidade de diferenciadas visões sobre o tema, podendo significar a provisão de serviços para as pessoas ou desenvolvimento das pessoas através de programas cuja base seja a promoção do bem estar individual e social. Citam como foco da Promoção de Saúde Bucal, trabalhar com indivíduos, removendo as barreiras para a saúde, vistas como parte do meio ambiente físico e social.

As Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (BRASIL, 2004, p.8), reconhecem a saúde bucal como inserida num contexto amplo da saúde, resgatando o aspecto preventivo, transcendendo a dimensão técnica e setorial, conforme a definição que se segue:

Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o auto cuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

O conceito de ambientes ou escolas suportivas determina que aquelas com maior nível de implementação de políticas de promoção de saúde apresentam resultados melhores e mais significativos de condições de saúde. Experiências reforçam a importância da estratégia de utilização do espaço escolar para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde, com reflexo positivo sobre o problema da iniquidade em saúde (MOYSÉS; RODRIGUES, 2004; PAULETO et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2001).

### 2.1.3 Prevenção de doenças

A prevenção compreende a identificação dos fatores que causam uma determinada doença e a redução ou eliminação desses fatores. Durante o último século, e graças aos esforços da saúde pública, segundo Epp (1996), a prática da prevenção ganhou uma aceitação geral. Em Czeresnia (2003, p.45), encontra-se o complemento a esse entendimento, quando afirma:

[...] as ações preventivas têm como suporte básico os postulados da moderna epidemiologia. Portanto, as ações preventivas se caracterizam como sendo intervenções dirigidas à população para se evitar o surgimento de doenças específicas, conseqüentemente elas se propõem a reduzir a incidência e a prevalência destas doenças.

A prevenção, segundo Pinto (2000), é um instrumento de extraordinário valor, pois, evita sofrimentos e gastos desnecessários. Precisa ser bem utilizada, conseguir resultados concretos e, para isso, nada melhor do que lançar mão da epidemiologia, construindo mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação, capazes de efetivamente reduzir o volume e a gravidade dos problemas de saúde em termos populacionais.

No entanto, até a década de 1970, a maioria das ações coletivas, de caráter preventivo, eram realizadas de modo descontínuo e esporádico e com base em um único método. Com o avanço da cariologia e da epidemiologia, e sua aplicação em programas de saúde coletiva, desenvolveu-se o conceito de associação de métodos preventivos. Atualmente, em programas que utilizam técnicas de planejamento-avaliação permanente, considera-se mais adequado o uso da expressão sistemas de prevenção em saúde bucal. Os sistemas de prevenção em saúde são processos

sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo, a fim de controlar e/ou reduzir o nível das doenças que afetam uma dada população ou grupo social específico (FRAZÃO, 1998).

Uma das possibilidades colocadas para o século XXI pressupõe análise das tendências da produção de conhecimentos e do desenvolvimento das práticas de prevenção, promoção e vigilância da saúde, levando em conta a identificação das perspectivas econômicas, políticas e sociais, num momento em que se consolida o processo de globalização da economia e mundialização da cultura. No que diz respeito às ações específicas de prevenção, pode-se considerar a possibilidade de produção, em larga escala, de tecnologias preventivas, materializadas em mercadorias para o consumo individual. O modelo preventivo pode contribuir para o aumento das iniquidades em saúde, a partir do momento em que não considere as diferenças sociais, excluindo, de seus benefícios, determinados segmentos da população que não tenha acesso às tecnologias e materiais de ponta e conseqüentemente de alto custo. (TEIXEIRA, 2001).

Mesmo considerando-se que houve um avanço na concepção do fazer prevenção, há que se identificar diferenças conceituais e de práticas entre prevenção e promoção. O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo de saúde-doença e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde. Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam. (BUSS, 2003).

#### 2.1.4 Educação em saúde

A educação em saúde e a promoção da saúde estão estreitamente entrelaçadas, pois a promoção da saúde depende de participação ativa de um público bem informado no processo de mudança e a educação em saúde representa

um instrumento de vital importância nesse processo. A educação é, portanto, um dos componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias para a promoção da saúde. (PEREIRA et al., 2000).

No entender de Candeias (1997), educação em saúde refere-se a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de articular múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. A ação diz respeito a medidas complementares adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade, para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Então, ao se falar em educação em saúde, deve-se entendê-la como sendo um processo de articulação entre conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais que possam ser compartilhadas. Nessa perspectiva, o processo educativo favorece, simultaneamente, o desenvolvimento da autonomia e o alcance de objetivos sociais. Um processo educativo efetivo precisa ter características, tais como: democrático, participante e problematizador. Assumindo estas características, a educação em saúde supera o papel racionalista de um processo tradicional que, geralmente, impõe normas e condutas, responsabiliza e culpabiliza os indivíduos por seus problemas de saúde. (BRASIL, 1998; PEREIRA et al., 2000; ROUX, 1994).

Equívocadamente a educação em saúde é definida como uma estratégia para se fazer pessoas mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde. Educar para a saúde, com vistas à promoção em saúde, é capacitar o cidadão para que atue como agente de transformação. Assim concebida, cabe entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular. (CANDEIAS, 1997; FOCESI, 1990; SMEKE; OLIVEIRA, 2001; VASCONCELOS, 1997).

A educação, e não só a educação formal, portanto, é um instrumento de

transformação social, que deve ser utilizado em todas as estratégias de promoção de saúde. A despeito de que educar para a saúde seja responsabilidade de muitas instâncias, em especial dos próprios serviços de saúde, a escola ainda é a instituição que, privilegiadamente, pode se transformar num espaço genuinamente de promoção de saúde. (BRASIL, 1998).

A educação em saúde, na escola, deve ser um processo pelo qual se possa colaborar para com a formação de uma consciência crítica, que resulte na aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da comunidade de que faz parte. Seria, portanto, função da escola, não só informar, mas, principalmente criar condições para que o escolar realmente estivesse motivado a se educar, colaborando no desenvolvimento das capacidades que lhe permitam atuar como cidadão na luta para transformação e melhoria de vida. (ABEGG, 1999; BRASIL, 1998; CANDEIAS, 1997; PETRY; PRETTO, 2003).

#### 2.1.5 Educação em Saúde Bucal

A Educação em Saúde Bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levem o sujeito a agir no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros. A educação em saúde bucal tem papel relevante na prevenção dos problemas bucais, pois contribui para que o indivíduo tenha consciência das doenças que podem acometer a boca e da utilização de medidas preventivas. (BIJELLA, 1993; DINELLI et al., 2000; MOIMAZ et al., 1997; PAULETO et al., 2004; PETRY; PRETTO, 2003).

De acordo com Abegg (1999), como instrumento relevante para a melhoria das condições de saúde da população, a Educação em Saúde Bucal pode ser classificada em duas categorias: micro e macro. A educação realizada em consultórios dentários e Unidades de Saúde são consideradas de nível micro, enquanto aquelas realizadas nas instituições escolares ou em locais que abrangem a coletividade são ditas de nível macro.

A educação em saúde, realizada no ambiente escolar, pode favorecer o envolvimento da criança para trabalhar e construir novos conhecimentos, facilitando a mudança de atitudes, hábitos e cuidados. A idade escolar é um período propício porque, além das habilidades manuais, a criança já desenvolveu uma noção das

relações causa/efeito, contribuindo para o reconhecimento da importância da prevenção. (BIJELLA, 1993; BRASIL, 1998; CORONA; DINELLI, 1997).

As ações de Educação em Saúde Bucal precisam abordar a saúde de forma integral não se limitando à visão fragmentada do corpo, onde a boca e os dentes aparecem como se fossem isolados. A visão fragmentada não contribui para a identificação da integralidade pessoal e corporal, pois, passa a impressão que o dente tem vida própria, podendo ser descartado quando incomodar. (MARTINS, 1998; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 1999).

Pinto (2000) ressaltou que a educação em saúde bucal é uma ação importante do processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimento. Contudo, o conceito de educação em saúde bucal precisa ser ampliado para incluir, entre suas tarefas, o trabalho de conscientização com os grupos sociais com menor acesso aos programas de saúde odontológica.

Para a implantação de um projeto educativo conscientizador, o primeiro desafio é adotar uma dimensão problematizadora nas práticas educativas, abrindo espaço para uma prática participativa em que os alunos possam ser protagonistas do processo de ensino-aprendizagem. Nesta abordagem, o papel do educador deve ser o de facilitar e não, apenas, o de prescrever técnicas e comportamentos. É imprescindível que se abandone a postura autoritária de educação para a saúde, substituindo-a por uma postura mais de apoio. (BUISCHI et al., 2000; PINTO, 2000; ROUX, 1994).

A educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal, no espaço público. Muitas medidas preventivas permitem combater a cárie e a doença periodontal, mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos. (SOARES, 1988; WANDERLEI et al., 1998).

Segundo Petry e Preto (2003), a motivação é um requisito indispensável para aprender. É um processo pessoal, interno, que determina a direção e a intensidade do comportamento humano. A aprendizagem só se realiza a partir do desenvolvimento de forças motivadoras. Motivar os pacientes é uma das tarefas mais difíceis para a Odontologia, pois não segue uma técnica definida. A motivação humana é muito complexa, está embasada em uma combinação de: expectativas, idéias, crenças, sentimentos, esperanças, atitudes, valores que iniciam, mantêm e

regulam o comportamento e também em pré-requisitos que auxiliem a compreensão. (BLINKHORN, 1993; HODGE et al., 1982).

A motivação e a conscientização, através da educação, são as melhores propostas para solucionar, ou pelo menos, amenizar problemas de saúde bucal. Portanto, a educação em saúde bucal deve fundamentar-se no estudo e compreensão das doenças bucais, suas causas, conseqüências e meios para evitá-las. (BUISCHI et al., 2000; GARCIA et al., 2000).

Werneck (1986) ressaltou que há grande diferença entre os conceitos de conhecimento e mudança de comportamento, apontando a pouca eficiência da aplicação isolada da educação sanitária. É necessária a motivação, como atividade constante, nos processos de educação em saúde para que, em longo prazo, ocorra incorporação definitiva, pelo indivíduo, de medidas preventivas, como: hábitos de higiene oral, controle de dieta, uso de fluoretos.

#### 2.1.6 Avaliação em saúde

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. Já, o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra. Ele é, de certa forma, o resultado do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas de educação, social, emprego, saúde, etc., em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997; GIL et al., 2001).

A avaliação, como campo conceitual, não está bem definida. O papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de forma diferente, além do que, são criados freqüentemente novos conceitos que redundam numa imensa diversidade tecnológica. (FURTADO, 2001).

Avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (ARRETECHE, 2001; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação normativa compara os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados

obtidos, com critérios e normas. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção, quando se analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como a relação existente entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa. (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997).

De acordo com Carvalho et al. (2000), a conceituação de avaliação pode ser genérica ou específica. Específica é aquela já qualificada, aplicada a uma área de conhecimento ou a um determinado objeto. Em seu conceito genérico, etimológico, avaliação significa o ato de dar valor ou merecimento a alguém ou algo. A Organização Mundial de Saúde define avaliação como processo de determinação qualitativa e quantitativa, por meio de métodos específicos e apropriados, do valor de alguma coisa ou acontecimento.

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida. Destina-se a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas, que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; COTTA, 1998).

Portanto, o cerne da avaliação é a expressão do juízo de valor. Para emitir esse juízo é preciso buscar parâmetros. Os parâmetros na avaliação de saúde, para Carvalho et al. (2000), podem ser universais ou adequados a uma realidade específica. São os marcos ou parâmetros definidos como o *optimum* possível adequado a uma realidade de tempo e lugar, ligado não exclusivamente ao aspecto técnico, mas também sócio-cultural. A escolha desse parâmetro pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos e entendidos em cada objeto a ser avaliado. Esses parâmetros são expressos em paradigmas que são as normas, os critérios ou os padrões.

A utilização de variados indicadores, como econômicos, tecnológicos e de



qualidade de atenção em saúde, estão sendo reconhecidos. A avaliação em saúde, então, deixa de ser um processo exclusivamente técnico, como acontecia hegemonicamente até o final dos anos 80. As concepções mais atuais consideram um programa ou serviço como um processo com dinâmica própria, como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas. (CARVALHO et al., 2000; COTTA, 1998; DESLANDES, 1997; NUTO; NATIONS, 1999; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Tradicionalmente, no campo de assistência à saúde, como demanda social, conforme Formigli et al. (2000), três critérios devem ser considerados: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A efetividade dos programas de atenção à saúde está relacionada a aspectos como: adequação aos objetivos, acessibilidade e cobertura da população a qual se destina. Para as atuais correntes de pensamento, avaliar a qualidade da atenção em saúde, implica, necessariamente em se diversificar os indicadores (satisfação do usuário, eficácia, acesso, cobertura, objetivos, estrutura, processos, resultados, dentre outros).

No campo da avaliação em saúde, alguns atributos expressam as condições do serviço/programa e a interação entre este e seu objeto, sem o qual o processo de trabalho não se realiza, nem são obtidos os resultados pretendidos. A cobertura e acessibilidade relacionam-se com a disponibilidade e distribuição social dos serviços de saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994). Este tipo de avaliação pode ser considerado um pré-requisito para a análise das demais características dos serviços, uma vez que, para se discutir a qualidade técnico-científica, efetividade e satisfação do usuário, é necessário que as ações de saúde sejam preliminarmente oferecidas à população. (SILVA et al., 1995). Tais atributos ganham especial relevância na realidade brasileira, onde o acesso universal aos serviços de saúde, indispensável para garantir a equidade no atendimento, ainda que garantido constitucionalmente, não se concretizou para a maioria da população.

São, também, de grande utilidade no campo da avaliação os conceitos de eficácia, efetividade e eficiência, muitas vezes aplicados de forma superposta. No que se refere ao cumprimento de objetivos propostos, são empregados tanto o conceito de eficácia quanto o de efetividade, sendo que a efetividade abrange, além da eficácia, a eficiência. Mais especificamente, segundo Silva e Formigli (1994, p.83):

A eficácia vem sendo referida mais consistentemente como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional [...] ou seja, o efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à efetividade. Por outro lado, o efeito de um “sistema” sobre uma população expressaria o impacto. Em relação ao tempo, o curto prazo diria respeito à efetividade e o longo prazo ao impacto.

O conceito de eficiência é o que apresenta maior concordância entre os diversos autores, correspondendo às relações entre custos e resultados ou, entre resultados e insumos. Dentre as abordagens mais aceitas na avaliação em saúde, encontra-se a tríade composta pela avaliação da estrutura-processo-resultados, em que o processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas a partir do relacionamento paciente-profissional e os resultados epidemiológicos expressariam as mudanças no estado de saúde dos pacientes. Como resultados de um sistema de saúde, também, poderiam ser consideradas as mudanças comportamentais e de conhecimentos, incluindo a satisfação do usuário. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

O sucesso, ou não, de determinado serviço ou programa está relacionado a valores, ideologias, posições de classes, status, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. A avaliação, portanto, deve levar em conta os valores culturais e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como as suas realidades sócio-econômicas. Logo, as análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços/programas não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve, também, a análise da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais que, por sua vez, estarão objetivadas em suas práticas. (COTTA, 1998; DESLANDES, 1997; MINAYO, 1992).

Neste sentido, avaliar é, também, decodificar conflitos visando o entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência. A perspectiva dialética nos indica que a análise da história destes serviços e projetos, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos

devem ser itens contemplados em toda análise avaliativa. (DEMO, 1991).

Litsios, em 1971 (apud CARVALHO et al., 2000), sintetizou os seis objetivos da avaliação em saúde, nos seguintes termos: 1. produzir um estado de saúde; 2. estudar a qualidade do serviço; 3. estudar a qualidade do serviço produzido; 4. estudar as atitudes dos usuários nos serviços; 5. estudar a disponibilidade dos recursos oferecidos; 6. estimar o custo do programa de saúde oferecido. Além desses objetivos, pode-se colocar outro bem mais amplo, que poderia ser o objetivo final da avaliação, que é sua utilização como instrumento de gerência: a utilização da avaliação especificamente na área de planejamento.

É preciso, portanto, delimitar com clareza o que se pretende avaliar: um programa/serviço na íntegra ou seus elementos constituintes ou, ainda, a dimensão qualidade, que se configura no âmbito das idéias e permeia tanto o programa/serviço na totalidade, quanto todos os seus elementos separadamente. Essa decisão traz profundas implicações aos rumos da pesquisa que se propõe desenvolver, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução. É fundamental, também, o uso adequado de instrumentos de análise e de avaliação para que não se confunda opinião pessoal com resultados de pesquisa. (ARRETECHE, 2001; UCHIMURA; BOSI, 2002).

#### 2.1.7 Processos de Avaliação de Programas Educativos em Saúde Bucal

Destacando a importância das práticas preventivas e educativas para a melhoria das condições de saúde bucal da população, Pauleto et al. (2004) realizaram uma revisão crítica sobre programas educativos direcionados a escolares e concluíram que a dimensão educativa é pouco desenvolvida nos diferentes programas avaliados, restringindo-se a práticas de transmissão de conhecimentos, incapazes de mobilizar as crianças em relação à problematização da saúde bucal, para a autonomia em relação ao cuidado com a saúde. Neste sentido, alguns autores recomendam a substituição dos modelos educativos autoritários, dogmáticos e unidirecionados, por uma prática reflexiva e problematizadora de temas de saúde bucal. (CAMARGO et al., 1998; PAULETO et al., 2004; PINTO, 2003; ROUX, 1994; TAMIETTI et al., 1998).

Selecionou-se, então, na literatura brasileira, alguns trabalhos que enfocaram a avaliação de programas de educação em saúde bucal com escolares do ensino

fundamental, os quais estão, a seguir, resumidos.

Bottan et al. (2000) avaliaram o impacto de ações coletivas de educação em saúde bucal desenvolvidas por acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVALI, junto aos escolares de 1ª a 4ª séries de uma escola da rede de ensino público, em Itajaí (SC). Os pesquisadores investigaram duas variáveis: o conhecimento sobre temas da saúde bucal, através da análise de produções gráficas (desenhos e/ou redações), e a condição de cárie dental, através dos índices de CPO-d e ceo-d, conforme critérios da OMS. A análise revelou que a percepção dos escolares sobre saúde, de ambas escolas, é similar, havendo uma associação do termo saúde às condições ambientais. Quanto às manifestações sobre saúde bucal, foram constatadas diferenças entre as quartas séries. Na escola controle, os alunos evocaram um conjunto de informações relativas à promoção da saúde bucal. Quanto às análises das condições em relação à cárie dental, foi constatado que, em ambas escolas, o índice preconizado pelo OMS, para o ano de 2000, ainda havia sido atingido. Os pesquisadores concluíram que o programa tem contribuído para com a ampliação do conhecimento sobre saúde bucal mas não interfere na percepção sobre saúde, que se manifesta fortemente relacionada à higiene corporal.

Zuanon et al. (1999) realizaram um estudo em um Centro de Educação na cidade de Araraquara (SP) com 115 crianças, de 03 a 06 anos. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, as sessões de motivações ocorreram semanalmente durante um mês, através de fantoches, palestras com slides, músicas, desenhos e escovação supervisionada. No mês seguinte, ocorreu a segunda fase, na qual as crianças receberam motivação apenas no final da terceira semana. Para avaliação do grau de aprendizado e da permanência destes conceitos no dia-a-dia das crianças, foram entregues às professoras um “mapa de comportamento” dos alunos, o qual era preenchido diariamente durante todo o período experimental. Os pesquisadores verificaram, através do “mapa de comportamento”, que, durante o primeiro mês, nas três primeiras semanas, os relatos foram insignificantes e na quarta, após a motivação, os comentários voltaram a crescer.

Gomes Filho et al. (1999) analisaram a efetividade de um programa de educação e prevenção em saúde bucal, realizado durante dez meses, com 127 crianças de 04 a 06 anos de idade de uma escola municipal de Feira de Santana (BA). Os alunos passaram por um programa de educação em saúde bucal que

consistia em motivações (com macromodelos, jogos educativos, palestras, peças teatrais, músicas e pinturas) quinzenais, em sala de aula, e mensais, no auditório. Os temas escolhidos envolviam higiene bucal, importância dos dentes, flúor, carie, placa bacteriana e doença periodontal. Durante todo o período foi desenvolvida escovação com flúor gel a 1,23% nas crianças, duas vezes por semana, no 1º semestre (agosto a novembro de 1996), e uma vez por semana no 2º semestre (março a maio de 1997). Uma amostra de 30 alunos foi utilizada como grupo controle, estudantes do turno matutino, que tinham acesso a qualquer tipo de intervenção. Foi coletado o índice de placa inicial (agosto de 1996) e dez meses depois (maio de 1997) e índice de sangramento gengival após dez meses do programa instituído. O índice de placa no grupo controle foi de 94,55%. No grupo teste, o índice de placa foi praticamente mantido (71,46%, em 96, e 71,30% em 97), sendo considerado pelos autores como um índice quantitativo e que, portanto, não analisa a qualidade de placa bacteriana presente nas crianças. Quanto à análise do Índice de Sangramento, o nível de inflamação gengival do grupo do Programa Preventivo de Saúde Bucal (4,41%) foi significativamente reduzido em relação ao grupo controle (8,49%). Concluíram que as crianças que participavam do programa obtiveram resultados mais favoráveis do que aquelas que não participaram.

Silveira et al. (1998) implementaram um programa educativo-preventivo com escolares da 1ª série do 1º grau do Colégio Estadual de Demonstração Lauro Muller, de Florianópolis-SC., com idade entre 06 e 07 anos, distribuídos em 2 grupos. No grupo experimental, participaram alunos do turno matutino e no grupo controle alunos do turno vespertino. O período de aplicação do programa foi de 11 semanas com encontros semanais com cada grupo. O grupo experimental foi submetido a palestras educativas, atividades lúdicas intercaladas entre as palestras e orientação direta de escovação dentária, realizada a cada encontro semanal. O grupo de controle, durante todo experimento, assistiu apenas à exibição de uma fita de vídeo versando sobre odontologia preventiva e recebeu uma orientação indireta de escovação dentária, ambas as atividades realizadas na segunda semana. Os autores concluíram que o programa foi eficaz, uma vez que houve diferença estatisticamente significativa entre os índices de higiene bucal levantados para os dois grupos, favorecendo o grupo experimental.

Fabre et al. (1998) constataram a importância das ações educativas e preventivas na manutenção de saúde bucal em crianças de 3 a 5 anos de idade

institucionalizadas, de uma creche na cidade de Uberaba (MG). Preliminarmente, efetuaram o reconhecimento do nível maturacional das crianças, através de diálogos, e o levantamento epidemiológico, com base no índice ceo-d. Após, no período de agosto de 1995 a junho de 1996, implantaram um Programa de Prevenção e Educação Odontológica, utilizando palestras expositivas de educação sanitária e escovações dentárias supervisionadas, com evidenciação periódica de placa bacteriana e aplicações tópicas de flúor, através de bochechos semanais. O programa atingiu 122 crianças. Foi observado aumento no índice de placa no período de férias, quando houve interrupção do Programa. Os pesquisadores concluíram que, com conscientização e motivação, as crianças percebem a necessidade da implantação de hábitos corretos quanto à higiene e à alimentação.

Carmagnani e Queluz (1998) verificaram os hábitos de higiene bucal e testaram a eficiência de diferentes estratégias motivacionais, com alunos de uma escola pública de Piracicaba-SP. A amostra constituiu-se de 87 alunos, com idade de 7 a 15 anos, de ambos os sexos, matriculados da 1ª a 8ª série. Todos foram motivados por diferentes métodos (diapositivos que seguiam uma história, cartazes e folhetos elucidativos, macromodelos, evidenciação de placa e escovas monoblocos distribuídas a cada aluno). Após, foram solicitados a responderem a um questionário com perguntas sobre dieta, freqüência de escovação, diferentes métodos motivacionais, última visita ao cirurgião-dentista e serviço executado por este. Os autores constataram a necessidade de orientação sistemática, tanto sobre as conseqüências nocivas de hábitos inadequados de higiene bucal, como acerca dos métodos mais eficientes para obtenção de adequada qualidade de saúde bucal. Concluíram que o método mais eficiente foi o que adotou diapositivos.

Camargo et al. (1998) realizaram um trabalho com o objetivo de verificar, através da pesquisa-ação, as mudanças de comportamento em relação à própria saúde bucal de alunos das Escolas Públicas Estaduais de Bragança Paulista (SP). Foram adotadas duas escolas com características semelhantes, sendo que uma participou do grupo controle e a outra do grupo experimental. Em média, participaram 140 alunos de cada escola, que freqüentavam a 5ª série do primeiro grau, com faixa etária em torno de aproximadamente 12 anos. Os alunos foram submetidos à avaliação clínica do índice simplificado de placa dental antes de qualquer outra atividade. Após esta etapa, foi elaborado e aplicado um programa teórico-demonstrativo sobre saúde bucal para o grupo experimental. Ao final do ano

letivo, os alunos do grupo experimental e do grupo controle foram submetidos a exames clínicos para um novo levantamento do índice de placa dental. Os autores observaram uma diferença significativa entre os levantamentos feitos no grupo experimental, antes e depois das atividades, e que o grupo controle não apresentou melhoria relativa ao grupo experimental.

De acordo com Lacerda (1996), em Florianópolis (SC), através dos programas municipais de saúde, ocorreu uma redução do CPO-D. A atuação da odontologia, neste município, divide-se em dois eixos: 1) ações coletivas de vigilância à saúde, mediante o controle da concentração de fluoretos na água de abastecimento público, através de ações educativas em saúde bucal, envolvendo crianças de 0 a 12 anos, e do levantamento epidemiológico; 2) assistência individual que é garantida através de agendamento prévio das consultas no Centro de Saúde ao qual a população tem acesso.

## 2.2 Marco teórico

Todo processo avaliativo, toda emissão de juízo de valores, representa um processo de interpretação de um dado fenômeno/ação, logo a avaliação expressa a postura do pesquisador e não mera opinião pessoal, para tanto, é fundamental que “a priori” se estabeleça os norteadores da análise que se pretende efetuar em relação ao Programa. Considerando-se que o principal interesse desta avaliação é o de identificar como as ações promovidas pelo PROESASUL caracterizam-se numa abordagem de promoção ou de prevenção, e como há grande confusão entre os dois termos apresenta-se, a seguir, o quadro referencial que foi adotado para as análises.

**Quadro 1** - Diferenciação entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças

<b>CATEGORIAS</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>
<b>Conceito de saúde</b>	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
<b>Modelo de intervenção</b>	Participativo	Médico
<b>Alvo</b>	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
<b>Incumbência</b>	Rede de temas da saúde	Patologia específica
<b>Estratégias</b>	Diversas e complementares	Geralmente única
<b>Abordagens</b>	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
<b>Direcionamento das medidas</b>	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
<b>Objetivos dos programas</b>	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
<b>Executores dos programas</b>	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc	Profissionais de saúde

Fonte: Buss (2003, p.35).

A abordagem metodológica em promoção da saúde, por ser um campo de conhecimento e prática mais recente, está menos desenvolvida do que os métodos epidemiológicos, de planejamento, de implementação e avaliação dos programas de prevenção de doenças. Na prática dos serviços, a promoção tem sido freqüentemente confundida com ações de prevenção, de educação e de comunicação em saúde. As ações de promoção de saúde extrapolam a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o acesso a bens e serviços essenciais, entre outros determinantes sociais. No entanto, as duas abordagens (promoção e prevenção) são complementares e não excludentes no planejamento de programas de saúde. (BUSS, 2003; MELLO et al., 1998; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; STACHTCHENKO; JENICEK, 1990).

O paradigma de promoção de saúde apresenta características que o diferenciam das ações preventivas isoladas e mecanicamente implementadas por três aspectos fundamentais, como defendeu Zenkner (2000). Primeiro, porque atua predominantemente sobre os fatores causais das doenças, caracterizando as ações reparadoras como procedimentos que pouco interferem no fluxo do processo saúde-doença. Segundo, porque atribui significativa importância ao acompanhamento profissional sistemático e cientificamente apoiado na interação dos múltiplos fatores envolvidos nas doenças bucais. E, terceiro, porque entende o cliente como um ser



complexo, no qual interagem constantemente diversos fatores orgânicos, psicológicos e sociológicos, devendo ser abordado, tanto para o diagnóstico como a intervenção, de forma contextualizada, isto é, inserido em sua comunidade.

## 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 3.1 Etapas de pesquisa

Conforme assinalou Pinto (apud Acurcio et al., 1991, p.14):

[...] não há um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais [...] O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações a validar o seu significado ou seus diferentes significados.

Assim, foi definido para esta investigação o caminho metodológico proposto por Deslandes (1997). Trata-se de proposta de uma metodologia qualitativa para avaliação de serviços e ações em saúde, que se dá em etapas as quais, apesar de constituírem momentos distintos da análise, correspondem a elementos de uma realidade integrada. A descrição de cada uma das fases que constituíram a trajetória metodológica desta investigação está a seguir.

A **primeira etapa**, eminentemente descritiva, constou da análise de documentos produzidos pelo Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde e por outras instituições. Nesta fase, buscou-se conhecer os principais objetivos institucionais, as estratégias e dinâmicas do programa, as características da população-alvo, os recursos utilizados, resultados alcançados, enfim todas as informações disponíveis.

A análise destes documentos permitiu uma contextualização do momento que antecedeu a implantação do programa, bem como dos diferentes momentos de seu desenvolvimento. Estas reflexões estão integrando o capítulo da Introdução e o capítulo quatro, no item Primeira Etapa da Avaliação.

Os documentos essenciais para a análise avaliativa foram:

- Projeto original de implantação do PROESASUL e documentos posteriores que alteraram a proposta inicial.
- Relatórios anuais da Coordenação de Saúde Bucal do Município, para se identificar o foco das ações, caracterização da população atendida, recursos humanos disponibilizados, dados epidemiológicos referentes à prevalência da doença cárie no grupo de escolares assistidos pelo Programa.

- Documento de avaliação externa do Programa produzido pela Universidade do Vale do Itajaí e seus desdobramentos.

Na **segunda etapa**, foi realizada a entrevista com os sujeitos (professores da rede de Ensino Público e cirurgiões-dentistas que atuam no PROESASUL).

Para seleção dos professores foram adotados os seguintes passos:

- Mapeamento de todas as escolas (n=34), identificando a localização segundo os bairros;
- Sorteio de uma escola por bairro (naqueles que tinham mais de uma escola) totalizando 17 escolas envolvidas na avaliação;
- Contato com os professores de 1ª a 4ª séries das escolas sorteadas, para a identificação dos que participam do programa, há pelo menos, dois anos, totalizando 79 docentes;
- Explicação dos objetivos da pesquisa e fornecimento do roteiro da entrevista semi-estruturada, àqueles que, por livre e espontânea vontade, aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura em termo de consentimento.

Quanto aos cirurgiões dentistas, identificou-se que todos (n=10) integravam o programa há mais de cinco anos, por isso, todos foram contatados, individualmente, para se informar sobre os objetivos da pesquisa e que a participação era livre e a identificação do informante seria sigilosa.

Obteve-se a participação de cem por cento dos sujeitos das duas categorias. O instrumento norteador da entrevista constou de um roteiro com quatro itens para que os participantes discorressem sobre os tópicos propostos (Apêndice A).

A análise do conteúdo dos documentos e das falas pautou-se nos passos definidos por Bardin (1979), a saber:

- a. Análise temática: quando se efetuou a leitura e codificação das mensagens expressas nos documentos e nas falas dos sujeitos.
- b. Interpretação: processo de decodificação das categorias a luz do marco teórico e do referencial teórico definidos no capítulo dois.

O resultado da análise das percepções dos sujeitos (professores e cd's) está descrito no capítulo quatro, constituindo o item 4.2- Segunda etapa da avaliação.

A **terceira etapa** da investigação foi concebida como a síntese, que constituiu o capítulo das Considerações Finais, quando se buscou a integração dos diferentes momentos de análise e destes com os conhecimentos teóricos.

### 3.2 Questões éticas

Por se tratar de pesquisa que envolveu a coleta de dados secundários e entrevistas, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, tendo recebido parecer de aprovação 411/2004 (Anexo 1).

Outro cuidado mantido foi o de não identificação dos sujeitos participantes da pesquisa. Também se respeitou a disponibilidade possível de acesso aos diferentes documentos.

## **4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA**

### **4.1 Primeira etapa da avaliação**

#### **4.1.1 Descrição do PROESASUL**

A construção desta etapa do processo de avaliação do PROESASUL pautou-se essencialmente na análise dos documentos produzidos pelo Departamento de Odontologia da Secretaria de Saúde do município e Rio do Sul – SC. No entanto, em diversos momentos, com o objetivo de melhor explicitar as informações contidas nos documentos, foram mantidos contatos com diferentes integrantes da Equipe do Programa os quais atuam desde a sua implantação. Portanto, o texto que se segue é uma síntese dos principais eventos do PROESASUL.

Em janeiro de 1991, o Departamento de Odontologia realizou o primeiro encontro com professores de 25 escolas da rede municipal de ensino (1ª a 4ª séries) promovendo cursos sobre a temática saúde bucal. Também foram instituídas, nas escolas municipais, a escovação diária e o bochecho de fluoreto de sódio a 0,2% (semanal) e foi realizada a 1ª Campanha de Saúde Bucal, com o objetivo de transmitir a toda comunidade do município os conceitos básicos sobre saúde bucal. Nesta campanha todas as crianças participantes, com 12 anos, foram examinadas para determinação do CPO-d, que foi de 6,8.

Em 1992, os encontros com professores foram realizados bimestralmente. Para a operacionalização do PROESASUL, foram distribuídas cartilhas para todos os alunos de 1ª a 4ª séries. As ações educativas e preventivas promovidas pela equipe de profissionais da Secretaria de Educação e Saúde, nas escolas eram: escovação após a merenda escolar, bochechos com fluoreto de sódio 0,05% diários, revelação de placa bacteriana quinzenalmente, flúor gel (aplicado pelo CD) e uso de fio dental. A atuação dos CD's era a de orientar os professores mediante demonstrações com grupos de alunos. Semanalmente, o CD passava nas escolas para acompanhamento das ações educativas e preventivas e participava de reuniões de pais quando solicitado. Os professores executavam as ações e registravam, em ficha individual, o acompanhamento de cada escolar.

Em outubro de 1992, foi instituída a lei Municipal 2641 (aprovada em 19 de

outubro de 1992), que garantia escovação diária com dentifrício fluoretado e bochecho com flúor e a introdução, no currículo das escolas de 1º grau, de conceitos e práticas de saúde bucal através de informações, orientações, desenvolvimento de habilidades de cuidados por meio de métodos que mobilizem o cuidado com a saúde. Tais atividades foram desenvolvidas de forma individual e coletiva, das quais se destaca a padronização do atendimento profissional através de:

- Motivação (filme em vídeo, histórias em slides), macromodelos e macro escova, álbum seriado, cartilha, panfletos e cartazes, palestras para alunos, formação de grupos de crianças para debater o assunto abordado pelo professor, colagens e pinturas para concretizar e ilustrar o que estava sendo discutido e avaliação da cartilha através de provas escritas,
- Dramatização (forma teatral de estimular a participação).

Foi realizado, também, em 1992, um levantamento epidemiológico, com todas as crianças de 6 a 12 anos de idade, que participavam do Programa, conforme critérios da OMS. Para contribuir na redução dos problemas encontrados neste levantamento, foi instituída uma unidade móvel odontológica, com dois equipamentos, atuando nas escolas municipais. A partir de 1992, identificou-se uma preocupação quanto aos registros epidemiológicos, ocorrendo, praticamente, anualmente um Levantamento, como se observará no item 4.1.2 – Dados epidemiológicos – deste estudo.

Em 1993, com a municipalização da saúde e da educação o PROESASUL começou atuar nas escolas estaduais e particulares. A partir da proposta de municipalização do setor da saúde e educação, com a incorporação das escolas estaduais e particulares no PROESASUL, o Departamento de Odontologia promoveu o segundo curso para professores, ministrado pelos cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul, com a participação de 360 professoras. Foram abordados os temas da cartilha e álbum seriado “Saúde do seu Dente”.

A sistemática de atendimento individualizado pelos cirurgiões dentistas foi estratificada em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizado o exame clínico em todas as crianças e divididas em grupos de risco (alto, médio e baixo risco). As crianças consideradas de alto risco participavam de sessões de escovação com flúor gel acidulado a 1,23%, realizadas semanalmente; as de médio risco quinzenalmente; e as de baixo risco mensalmente. Na segunda etapa, as crianças

eram reexaminadas e cada uma recebia atendimento individualizado, conforme a sua necessidade. Todas as crianças, independentemente de estarem em um grupo ou outro, recebiam tratamento de manutenção a base de flúor gel.

A partir de 1994, as crianças foram divididas em síndrome de atividade cariogênica positiva ou negativa. Os exames para divisão de risco aconteciam a cada seis meses. As demais atividades continuaram sendo desenvolvidas de acordo com os anos anteriores.

Em 1997, foi ofertado o terceiro curso de atualização para as professoras, quando foi trabalhado e discutido o material educativo reestruturado. Neste mesmo ano, foram instituídas atividades específicas para atender 305 bebês matriculados em 16 unidades de educação infantil do município. E, em setembro, ao se constatar a necessidade de um tratamento específico para aproximadamente 1.300 crianças entre 3 e 6 anos de idade, matriculadas em 26 unidades de educação infantil municipais, foi implantado o “Dentinho de Leite”.

Em 1998, foi realizada uma avaliação do Programa em parceria com a Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI), tendo por objetivos: levantar o índice epidemiológico de saúde bucal e identificar o nível de conhecimento dos escolares assistidos pelo programa. A partir desta avaliação, o PROESASUL sofreu mudanças na organização administrativa. Suas atividades foram estratificadas em três faixas etárias, com subprogramas específicos para cada uma, são eles:

- Pró-Bebê – para crianças de 0 a 3 anos de idade e gestantes;
- Dentinho de Leite – para crianças entre 3 a 6 anos de idade;
- Escola Sorriso – para escolares de 6 a 12 anos de idade.

Em 1999, para ampliar os serviços, foram contratados Agentes Comunitários de Saúde Bucal de Rio do Sul (ACSB) com o objetivo de auxiliar no consultório, e nos programas educativos. A contratação foi através de uma parceria da Prefeitura Municipal de Rio do Sul com a Associação de Bairros do município. Neste mesmo ano, houve uma mudança na classificação dos critérios de atividade de doença das crianças dos programas Pró-Bebê e Dentinho de Leite, visto que as informações obtidas nos questionários de saúde apresentavam-se, muitas vezes, confusas e contraditórias, prejudicando o trabalho. Foi então proposta nova classificação, baseada principalmente na condição clínica da criança.

Em julho de 1999, os subprogramas Pró-Bebê e Dentinho de Leite passaram a contar com uma ACD, agilizando o atendimento das crianças nas unidades de

educação infantil, tornando as visitas mais freqüentes. Ainda, em 1999, ocorreu a formação de um grupo de teatro, pelas ACDs, para apoiar as atividades educativas desenvolvidas durante o ano. As reuniões com pais e responsáveis foram modificadas; os encontros passaram a ser agendados, por conta própria, em cada unidade no decorrer do ano letivo. No que diz respeito às professoras, foram realizadas duas capacitações: uma com as efetivas (para reforçar assuntos repassados anteriormente) e outra com as contratadas (para o entendimento do Programa, dos seus objetivos e da rotina a ser seguida).

Em 2000, foram realizadas capacitações para as Agentes Comunitárias de Saúde Bucal, com o objetivo de criar um grupo de teatro entre os participantes para desenvolverem ações educativas com os pais e alunos, e reforçar as outras ações. Também foi efetivado o quarto encontro de professores do ensino fundamental, em parceria com a Universidade do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), quando foram enfocados métodos educativos, elaboração de atividades por séries e troca de experiência entre professores. Houve, também, a contratação de mais um CD e de dois ACDs para os subprogramas Pró-Bebê e Dentinho de Leite, em decorrência da ampliação dos dois subprogramas que passaram a atender, além das unidades de educação infantil da rede municipal, mais dez (10) unidades de educação infantil mantidas por entidades não governamentais.

Até o ano de 2000, as atividades desenvolvidas continuaram sendo as mesmas, havendo, no entanto, uma maior participação das Escolas Estaduais. Neste período foi dada maior autonomia para as escolas realizarem as ações preventivas e educativas, ficando um pequeno grupo de cirurgiões dentistas responsável por todas as escolas, mantendo um contato direto com as crianças e professores. Houve a atualização da cartilha de orientação aos alunos e foi formulada uma apostila para os professores, com o objetivo de dar maior embasamento para suas ações educativas. Estes materiais didáticos foram produzidos por cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde. E, em dezembro de 2000, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em parceria com o Ministério, da Saúde conferiu ao município de Rio do Sul o Prêmio Experiências Exitosas pelo PROESASUL.

De 2001 a 2004, aconteceram mudanças administrativas que determinaram a redução da equipe de cirurgiões dentistas para, apenas, um profissional para desempenhar as funções nas escolas, ocasionando uma ruptura no



desenvolvimento do programa. Em 2001, houve uma semana intitulada “Mostra Odontologia Preventiva” em parceria com o SESC, envolvendo CDs, ACSB e estagiários do curso de pedagogia, com a realização de oficinas pedagógicas. Em 2002, foi desenvolvido o quinto encontro de professores, que atuam no subprograma Escola Sorriso, para socialização das Práticas de Promoção em Saúde Bucal, em parceria com o Núcleo de Pesquisa e Extensão da UNIDAVE (PROPEX), com a participação de acadêmicos do Curso de Pedagogia, professores do Município de Rio do Sul, com o apoio do Departamento de Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição, onde desenvolveram oficinas pedagógicas sobre o tema Saúde/Saúde Bucal. No início de 2003, os subprogramas Pró-Bebê e Dentinho de Leite passaram a atuar com gestantes dos grupos do Programa de Saúde da Família (PSF).

Uma vez descrita a trajetória do PROESAUL, pode-se afirmar que as suas ações programáticas foram organizadas, fundamentalmente, inspiradas no ideal da integração sanitária, com base epidemiológica, articulando instrumentos de trabalho dirigidos a uma coletividade específica, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica, mediante a ampliação de conhecimentos sobre saúde bucal e mudanças de comportamentos dos sujeitos.

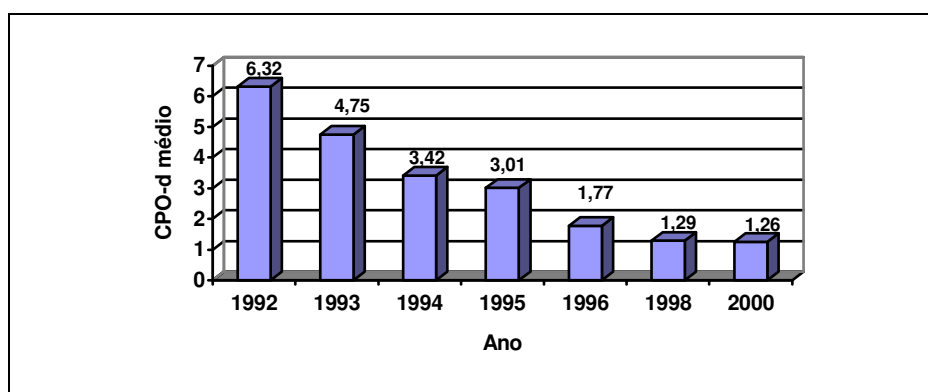
As ações programáticas de Educação em Saúde Bucal do PROESASUL envolvem aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levam o sujeito a agir, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros. Esta característica do Programa, aliada à preocupação quanto a sua continuidade, não é identificada em grande parte dos programas de educação em saúde bucal, como expuseram Pauleto et al. (2004) e Pinto (2000).

#### 4.1.2 Dados Epidemiológicos

Segundo informações colhidas junto aos relatórios do Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul, quando o programa foi implantado, em 1991, ocorreu o primeiro levantamento de dados epidemiológicos.

Este levantamento não considerou o critério de estratificação por unidades escolares, tendo sido avaliadas, apenas, 41 crianças de 12 anos de idade. A seleção destes escolares foi ao acaso, dentre os participantes de 1ª Campanha de Saúde Bucal, promovido pelo Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados de análise do CPO-d deste grupo indicaram um valor médio de 6,8.

No período de 1992 a 2000, foram efetuados levantamentos epidemiológicos pautados nos critérios da OMS. Os levantamentos do período de 1993 a 1995 incluíram, apenas, os escolares de rede municipal de ensino. A partir de 1996, os levantamentos passaram a incluir alunos da rede pública estadual e da rede de ensino particular, pois, em 1994, estes escolares passaram a ser assistidos pelo Programa.



**Gráfico 1** - Valores do CPO-d médio, aos 12 anos, referente ao período de 1992 a 2000 no Município de Rio do Sul.

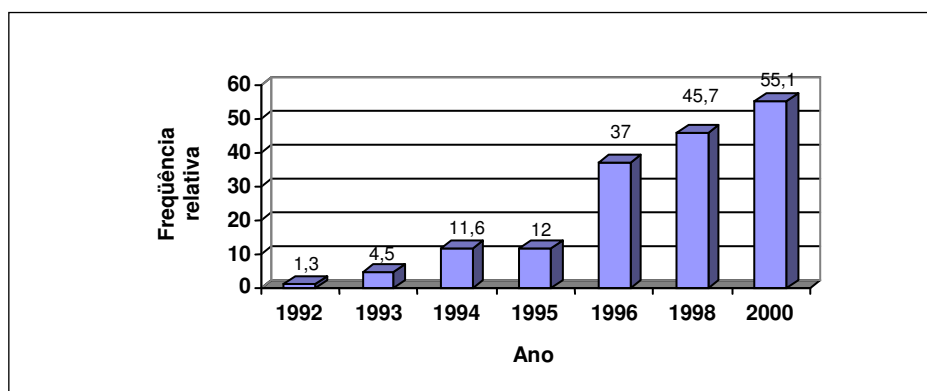
**Fonte:** Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul – SC.

No gráfico 1, são apresentados os valores do CPO-d médio, aos 12 anos de idade, no período de 1992 a 2000. Analisando-se esta série histórica, identifica-se que houve um significativo declínio (80%) da prevalência de cárie entre os escolares assistidos pelo Programa, pois, em 1992, o índice era de 6,32, considerado de prevalência alta, e em 2000 o CPO-d caiu para 1,26. A diminuição acentuada do

índice CPO-D entre os anos de 1995 e 1996 pode ser explicada pela inclusão das crianças de escolas particulares, que apresentam melhores condições de saúde bucal, determinadas por fatores sócio-econômicos mais favoráveis. O índice de 1,26 é de baixa severidade e estava aquém do CPO-d médio nacional registrado em 1996, que era de 3,12, e se manteve abaixo do índice nacional de 2003 que era de 2,8 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2004).

Quando se compara o índice CPO-d de Rio do Sul (1,26), em 2000, com o índice da região Sul do Brasil, que, conforme dados do SB 2003, é de 2,3, identifica-se que Rio do Sul está bem abaixo da média do Sul do país, confirmando-se o bom nível de saúde bucal dos escolares deste município.

O CPO-d médio, aos 12 anos de idade, de 1,26 comprova que o Município de Rio do Sul superou a meta estabelecida pela OMS para o ano de 2000, que era igual ou menor do que 3. Também, pode-se afirmar que o município está muito próximo da meta definida pela OMS para o ano de 2010 que é de um valor igual ou menor do que 1 (BRASIL, 2004). Outro dado que demonstra a efetividade do PROESASUL refere-se ao valor de CPO-d médio, aos 12 anos, no mundo, que, em 2003 era de aproximadamente 1,94. (PINTO,2003).

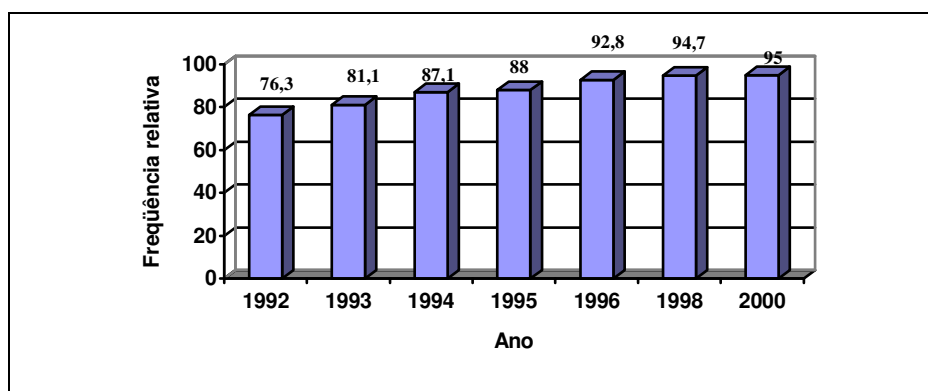


**Gráfico 2** –Distribuição da frequência relativa (%) de escolares de 12 anos de idade, livres de cárie assistidos pelo PROESASUL.

**Fonte:** Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul – SC.

Para a idade específica de 12 anos, verificamos um aumento expressivo de crianças livres de cárie quando comparamos os anos de 1992 e 2000, destacando-se principalmente o período compreendido entre 1996 e 2000, como se pode observar no gráfico 2. O incremento de crianças livres de cárie no espaço de 8 anos,

foi de 53,8%, fazendo com que, no ano de 2000, mais da metade dos escolares de 12 anos estivessem livres de cárie.



**Gráfico 3** - Distribuição da frequência relativa (%) de dentes hígidos em escolares de 12 anos de idade assistidos pelo PROESASUL.

**Fonte:** Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul – SC.

O elemento que deve se destacar, em um programa que se proponha a realmente promover a saúde de seus participantes, é a porcentagem de dentes hígidos. O gráfico 3 demonstra que, entre os escolares assistidos pelo PROESASUL, ocorreu um aumento percentual na quantidade de dentes hígidos da ordem de 18,7%. Considerando-se o dado inicial de 1992, tem-se um incremento de 2,45% ao ano.

Segundo Pinto (2003), sólidos programas preventivos podem ser considerados responsáveis pela redução de cáries em crianças de 6 a 12 anos. Programas desenvolvidos em Londrina -PR, Curitiba – PR, Maringá – PR, São José dos Campos – SP, Santos – SP, Paulínea – SP, também registram significativas melhoras na saúde bucal em suas crianças. Portanto, o PROESASUL, considerando-se os significativos e favoráveis índices obtidos, pode ser considerado um sólido programa de prevenção da doença cárie.

#### 4.1.3 Nível de conhecimento dos alunos

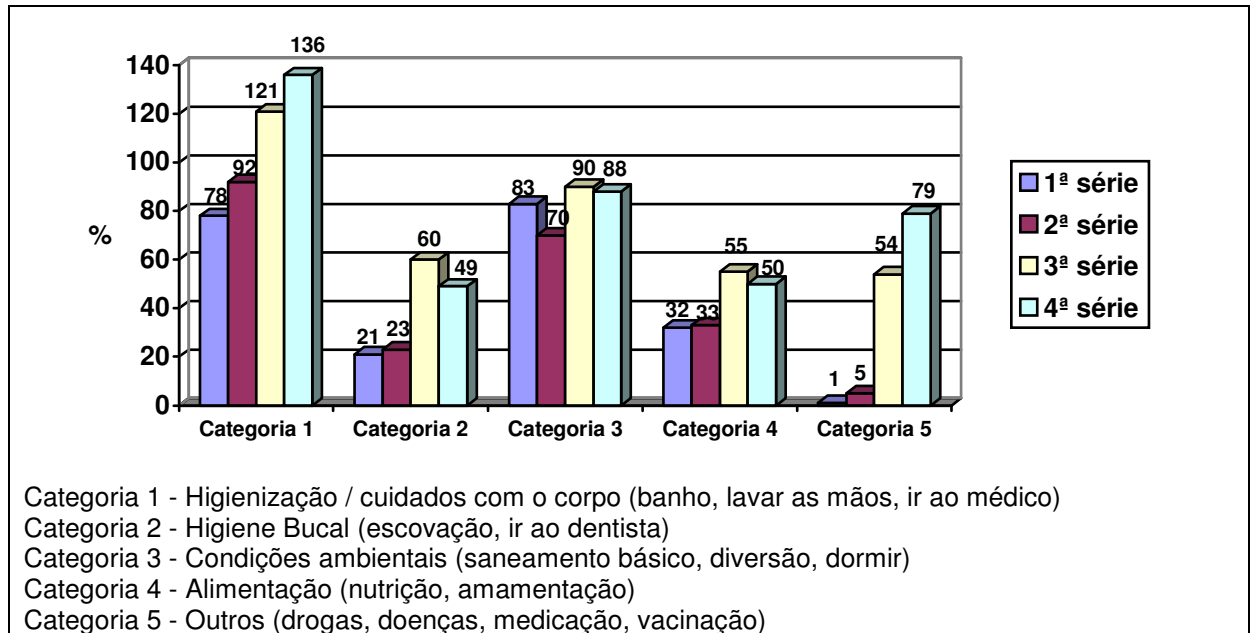
A Educação em Saúde é considerada um conjunto de atividades relacionadas com o processo de aprendizagem, que instrumentalizam os indivíduos para obtenção de melhorias nas suas condições de vida, assim, programas de Educação em Saúde devem se preocupar com o processo de apropriação de conhecimentos.

(ABEGG, 1999; BOTTAN et al., 2000; 2003; HILGERT et al., 1999; HILGERT, 2001; PETRY; PRETTO, 2003).

Tendo em vista que um dos objetivos de aprendizagem de um programa de Educação em Saúde deve ser o de aquisição de conhecimentos, em 1998, foi efetuada uma avaliação do nível do conhecimento dos escolares de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, da rede pública municipal de Rio do Sul, sobre os conceitos básicos de saúde bucal que foram inseridos na educação escolar, através do PROESASUL. Esta avaliação foi efetuada por uma equipe externa ao Programa.

A avaliação do nível de conhecimento aconteceu em duas etapas. Na primeira etapa, foi solicitado que os escolares elaborassem um texto e/ou desenho sobre a temática Saúde. Decorridos 45 dias foi implementada a segunda etapa, quando as crianças elaboraram textos e/ou desenhos sobre a temática Saúde Bucal. O objetivo da avaliação efetuada na primeira fase foi o de verificar se os conteúdos sobre Saúde Bucal veiculados através do PROESASUL foram incorporados, isto é, se houve interação entre o sujeito que aprende e os conceitos ensinados.

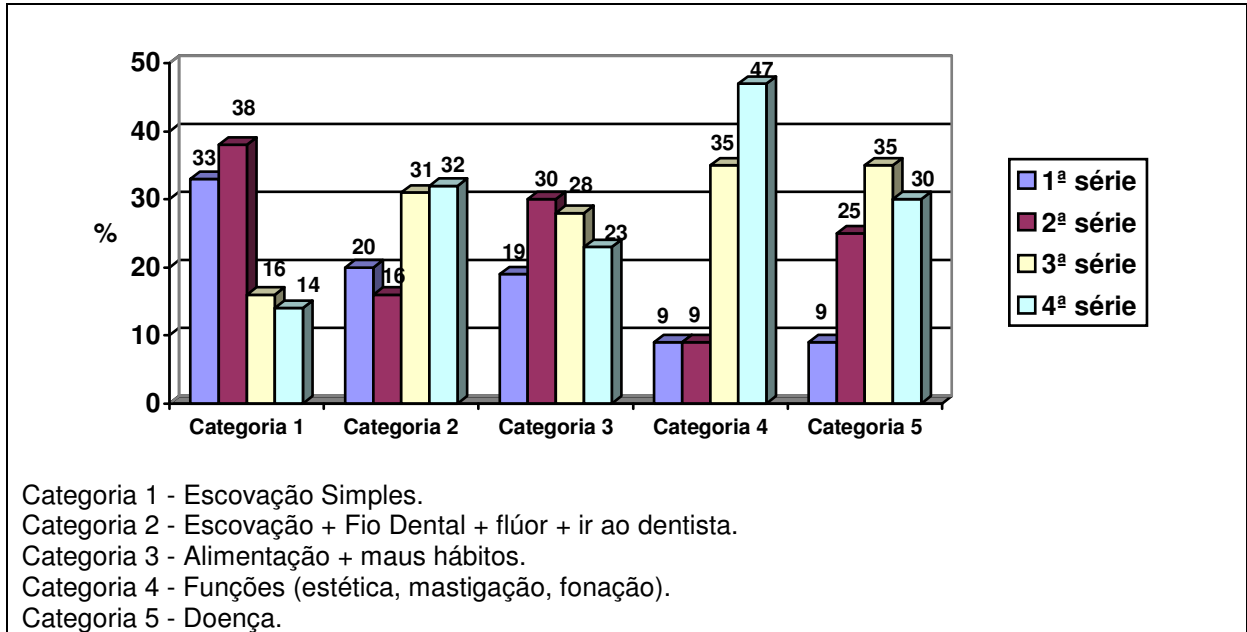
Analisando-se os dados do gráfico 4, observa-se que a categoria 2 (higiene bucal), em que pese toda a questão cultural, isto é, preocupação acentuada com os cuidados corporais, se faz presente em todas as séries. A freqüência com que aparece entre os escolares vai crescendo à medida que o nível de escolarização aumenta, o que demonstra a importância da escola no que diz respeito ao repasse de orientações e informações corretas sobre saúde bucal. Os alunos estão internalizando conceitos referentes à saúde bucal e estão demonstrando que falar sobre saúde implica, também, na saúde bucal.



**Gráfico 4** - Distribuição da frequência, por série, da manifestação das categorias de análise, na etapa 1 da avaliação do processo de aprendizagem sobre conceitos de saúde bucal das escolas da rede pública municipal de Rio do Sul.

**Fonte:** Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul – SC.

Quando se faz a análise dos dados obtidos na segunda etapa do processo de avaliação, tem-se um comportamento extremamente significativo, que comprova o alcance dos objetivos conceituais do Programa. Observando-se os dados, no gráfico 5, temos, nas primeira e segundas séries, a frequência da categoria escovação como um fator preponderante de saúde bucal, no entanto, nas terceiras e quartas séries os alunos manifestaram, em maior frequência, que além da escovação há outros procedimentos necessários aos cuidados da boca.



**Gráfico 5** - Distribuição da frequência, total, da manifestação das categorias de análise, na etapa 2 da avaliação do processo de aprendizagem sobre conceitos de saúde bucal das escolas da rede pública municipal de Rio do Sul.

**Fonte:** Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul – SC.

Diversos pesquisadores confirmam a idéia de que o processo educativo-preventivo motiva a população e contribui para o processo de mudança comportamental no que se refere aos hábitos de higiene bucal. Estudos envolvendo Programas de Educação em Saúde Bucal evidenciaram resultados positivos quanto à aquisição de conhecimentos. (BOTTAN et al., 2000; GONÇALVES; SILVA, 1992; PEREIRA, 2002; FRAGA et al., 1999; PAULETO et al., 2004; SILVEIRA et al., 1998).

Ainda sobre o mesmo tema, Moraes e Bijella (1992) afirmaram que a educação é mais do que uma simples transmissão de conhecimentos; ela é uma mudança de atitude exteriorizada por uma mudança comportamental. Esta idéia é completada pelo pensamento de outros pesquisadores, quando argumentaram que são necessários motivação e reforço, constantes, das orientações para que se possa obter mudanças comportamentais. (BLINKHORN, 1993; BUISCHI et al., 2000; GARCIA et al., 2000; HODGE et al., 1982; PETRY; PRETTO, 2003).

O PROESASUL, pelos resultados obtidos, com a estratégia educativo-preventiva, adotada de forma sistemática e continuada, confirma o posicionamento dos autores supramencionados.

## 4.2 Segunda etapa da avaliação

As análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços/programas não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. (COTTA, 1998; DESLANDES, 1997; MINAYO, 1992). Daí porque, nesta etapa do processo de avaliação, apresentam-se as reflexões suscitadas pela análise dos depoimentos das professoras e dos cirurgiões-dentistas envolvidos há mais de dois anos no Programa.

Os depoimento das professoras e dos cirurgiões-dentistas foram obtidos a partir da dissertação sobre suas histórias e vivências no PROESASUL, através de entrevista com roteiro proposto pela pesquisadora. Esta forma de depoimento foi extremamente rica, pois evidenciou diferentes momentos do Programa. Os relatos referem fatos desde a implantação do PROESASUL até o momento da coleta de dados, por aqueles que atuam desde 1991, bem como enfocam a visão daqueles que mais recentemente passaram a integrar o Programa.

Da análise dos testemunhos destes sujeitos, atores partícipes, identificou-se dois núcleos-temáticos, a saber: a) descrição das ações desenvolvidas, por eles e por outros atores; b) a participação dos distintos segmentos envolvidos, nas atividades. É com base nestes núcleos-temáticos, que se procederá a descrição da análise destas falas.

As professoras que participaram das entrevistas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução 196 do Conselho Nacional Saúde, sendo realizadas individualmente, no local de trabalho, com duração média de 30 minutos.

### 4.2.1 A fala dos professores

Os 79 docentes que aceitaram participar da pesquisa atuam no PROESASUL em tempos que variaram de 2 a 15 anos; a maioria há mais de 5 anos (53%) e todas são do sexo feminino. Os sujeitos que participaram das entrevistas foram cadastrados em ordem numérica, de 1 a 79, para permitir a transcrição de suas respectivas falas sem possibilidade de identificação.



### a) Descrição das ações desenvolvidas

Em todas as falas das professoras observa-se que as ações implementadas pelo PROESASUL podem ser agrupadas em: referência ao repasse de informações; referência à aquisição de comportamentos e habilidades; referência aos tipos de atividades desenvolvidas e valorização das atividades. De acordo com Hilgert (2001), definiu-se por atividades de repasse de informações aquelas que envolvem o domínio dos conceitos básicos sobre saúde bucal e por atividades referentes à aquisição de comportamentos e habilidades aquelas que, além de envolver o domínio de conceitos básicos, representem mudanças concretas no cotidiano. As falas das professoras sobre a descrição dos tipos de atividades efetivamente desenvolvidas, bem como os relatos da valorização das atividades, que corresponde ao domínio afetivo do processo de ensino-aprendizagem, estão a seguir destacados.

*As crianças conseguem compreender com bastante facilidade todo processo da escovação para que tenham um sorriso saudável e a importância de fazer a higiene bucal, levando isto para a sua família. (Sujeito 12- 5 anos no programa)*

*As atividades são palestras, filmes, brincadeiras, música, teatro, escovação, aplicação de flúor, revelação de placa, uso do fio dental, visita ao consultório do dentista, tratamento dentário. (Sujeito 21 - 8 anos no programa)*

*Todas as atividades são importantes, desde as preventivas até as educativas. Para os professores, foram válidas as palestras e orientações recebidas ao longo desses anos. A presença dos dentistas nas unidades também é importante, pois incentiva os alunos. É um programa que não trata somente dos dentes, mas também da saúde corporal como um todo [...] contribui muito, não somente para as crianças como para a família. (Sujeito 40 - 9 anos no programa)*

*O programa é importante pois não preocupa-se em apenas tratar as cáries e escovar os dentes mas procura desenvolver um trabalho visando expor a importância de se educar para uma boa saúde. (Sujeito 53 - 5 anos no programa)*

É expressiva a manifestação destas professoras elencando os diferentes tipos de estratégias e recursos audiovisuais utilizados para auxiliar no processo de ensino-aprendizagem de conteúdos de Saúde Bucal. Elas também destacam a importância dos momentos de capacitação, quando receberam dos Cirurgiões Dentistas informações e sugestões de conhecimentos e estratégias, o que está identificado com o Paradigma de Promoção de Saúde, que preconiza a necessidade

da integração entre os profissionais de diferentes áreas e setores.

A educação para saúde é um processo de articulação de conhecimentos, atitudes, aptidões e comportamentos, constituindo-se, portanto, num dos recursos fundamentais para a Promoção de Saúde (ABEGG, 1999; PEREIRA et al., 2000; PETRY; PRETTO, 2003; PINTO, 2000). Nesta perspectiva, o PROESASUL tem proporcionado aos seus participantes, principalmente professores, a integração e o compartilhamento de conhecimentos e aquisição de habilidades e de novos comportamentos, como se pode identificar nos depoimentos dos professores entrevistados, que passaram a valorizar os conhecimentos de Promoção de Saúde Bucal.

Um dos fatores que, segundo as professoras, tem contribuído para o alcance dos objetivos do Programa é a adoção de métodos de motivação simultaneamente à transmissão de informação. Inúmeros autores destacam que a aquisição de conhecimentos, que favoreçam mudanças de hábitos incorretos, é significativamente facilitada quando métodos de motivação diretos e indiretos são adotados (ABEGG, 1999; BUISCH et al., 2000; CANDEIAS, 1997; PETRY; PRETTO, 2003).

Destaca-se, ainda, nas falas das professoras, a potencialidade do ambiente escolar como multiplicador dos conhecimentos e hábitos adquiridos na escola para o ambiente familiar, tendo a criança como seu principal agente. Os depoimentos das professoras demonstram uma identificação com o Paradigma de Promoção de Saúde, por não supervalorizarem as atividades cirúrgico-restauradoras em detrimento de uma atenção integral à saúde da criança, colocando no mesmo nível valorativo as ações educativas e preventivas.

#### b) A participação dos sujeitos na visão das professoras

Hilgert (2001) destacou que estudos sobre Educação em Saúde Bucal, realizados em escolas, concordam que professores trabalhando junto a dentistas promovem um trabalho com resultado mais efetivo. O professor pode ampliar e reforçar conceitos e práticas em saúde bucal.

Nessa categoria de análise pretende-se verificar o nível de participação dos diversos sujeitos e atores envolvidos no programa, especificamente: professores, alunos, pais, merendeiras, auxiliares de serviços gerais, cirurgiões dentistas e

auxiliares dos dentistas.

A partir dos depoimentos das diferentes professoras envolvidos no PROESASUL, a participação pode ser interpretada sob os seguintes aspectos: forma e atores envolvidos no processo e tomada de consciência dos sujeitos.

*Participação se dá desde o profissional de saúde (Dentista) e seus auxiliares, os professores, pais, comunidade escolar em geral, pois sem o apoio das merendeiras no preparo dos alimentos (sem excesso de açúcar), ao apoio da zeladora na higiene dos ambientes da escovação, todos contribuem fazendo a sua parte. (Sujeito 1 - 12 anos no programa)*

*Pouca participação da família. Procuramos envolver os pais, mais é complicado. (Sujeito 77 - 14 anos no programa)*

*Considero de suma importância a presença do profissional (dentista), nas escolas, [...] o dentista nos dá mais estímulo para continuarmos com o nosso trabalho diário. Sem ele nos incentivando o programa não teria sucesso. (Sujeito 15 - 10 anos no programa)*

*Nossa contribuição é importante porque passamos os conhecimentos para os alunos, e estes levam para a família a importância dos seus dentes e a relação com o resto do organismo, diminuindo a desinformação e contribuindo para uma vida mais saudável. (Sujeito 36 - 7 anos no programa)*

Com relação à participação, observa-se, nas falas das professoras, o envolvimento de toda comunidade escolar (professores, alunos, pais, merendeiras, auxiliares de serviços gerais), cirurgiões dentistas, auxiliares dos dentistas. Porém, há maior participação de professores e cirurgiões dentistas. Estes estabelecem parceria, mediante distribuição de tarefas, trocas de informações e experiências. Quanto à participação dos pais, a maioria revela como não efetiva, porém como de extrema importância para que se alcance o êxito das ações implementadas pela equipe escolar e de saúde.

Em muitas falas elas também destacam o momento em que houve o afastamento da equipe de saúde devido às mudanças político-administrativas que determinaram a redução da equipe de cirurgiões dentistas, ocasionando uma ruptura no desenvolvimento do programa e conseqüentemente os professores se sentiram abandonados.

Os depoimentos das professoras revelam que houve uma conscientização do papel do professor no processo de educação em saúde bucal, identificando-se como elo importante neste processo educativo, ressaltando a necessidade de dar

continuidade ao programa.

A realização de programas educativos eficazes na escola é possível, desde que toda a escola esteja envolvida e motivada. (GONÇALVES et al.,1998). Neste sentido, o PROESAUL é um programa que, durante um longo tempo, esteve ancorado no trabalho coletivo, buscando a participação ativa dos diferentes sujeitos envolvidos, para constituir uma rede de parcerias que viabilize o trabalho educativo, consolidando o programa. No entanto, esta participação ativa, recentemente, sofreu um processo de ruptura em função de problemas de ordem político-administrativa no que se refere à atuação da equipe de saúde, encontrando também um desafio na participação dos pais.

A participação do professor no processo de planejamento, identificou-se nas falas de diferentes sujeitos:

*O planejamento é feito pelos coordenadores do programa e depois é repassado às educadoras e adequado à necessidade do Centro de Educação Infantil. A avaliação é feita em reuniões pedagógicas, com o grande grupo, com dentistas e educadoras e depois através da troca de experiência. (Sujeito 64 - 8 anos no programa)*

*Todo planejamento é efetuado inicialmente pelos profissionais da saúde, que em seguida realizam visitas de orientação aos educadores e ainda desenvolvem acompanhamento com as crianças. (Sujeito 48 - 8 anos no programa)*

Considerando as falas das professoras, o espaço para participação na avaliação do programa está preservado nas reuniões pedagógicas com periodicidade bimestral, sofrendo este processo algumas interrupções. As ações de planejamento, no PROESASUL, envolvem os professores e dentistas. Os dentistas são os responsáveis diretos pela condução do processo de avaliação e planejamento, embasados nas informações dos professores, considerando os avanços e dificuldades encontrados no cotidiano do desenvolvimento das atividades do Programa.

O PROESASUL demonstra uma valorização do planejamento participativo, porém não efetivada em sua plenitude por todos os atores envolvidos nesse processo, devendo buscar estratégias de integração com os pais e outros profissionais para a redefinição de conteúdos, procedimentos e metodologias adequadas à realidade local.

#### 4.2.2 A fala dos Cirurgiões-Dentistas

Dos 10 cirurgiões-dentistas que aceitaram participar da pesquisa, 60% são do sexo feminino e atuam no PROESASUL em tempos que variaram de 5 a 15 anos, sendo que a maioria há mais de 5 anos. Os sujeitos que participaram das entrevistas foram cadastrados em ordem numérica, de 1 a 10, para permitir a transcrição de suas respectivas falas sem possibilidade de identificação.

##### a) Ações desenvolvidas

Nas falas dos cirurgiões-dentistas, que integraram a pesquisa, identifica-se que todos reconhecem que o Programa envolve ações preventivas, educativas e curativas as quais são desenvolvidas de acordo com a faixa etária dos escolares. A maioria destaca a importância da interação destes três conjuntos de ações, como se pode ler nos trechos abaixo:

*São desenvolvidas ações integradas de educação, avaliação das necessidades específicas [...] relativas à saúde e sócio-culturais da população em questão [...] (Sujeito 4 - em atuação no programa desde sua implantação).*

*O PROESASUL realiza não só atividades educativas, focalizando suas ações também em prevenção e tratamento das doenças bucais na população. (Sujeito 9 - em atuação no programa há 9 anos).*

*Todas atividades: educação-prevenção e ação curativa ... são fundamentais e estão interligadas, e o somatório dessas atividades que foram capazes de baixar os indicadores de doença da população atendida. (Sujeito 6 - em atuação no programa há 12 anos).*

*O sucesso do programa foi a forte inter-relação dada a cada atividade, pois julgamos desde o início que um trabalho meramente preventivo, curativo ou educativo não nos levaria ao objetivo final que era promover saúde. (Sujeito 2 - em atuação no programa desde sua implantação).*

*Todas as atividades são de suma importância, uma vez que a interação delas potencializa a melhora da saúde da população. (Sujeito 10 - em atuação no programa há 9 anos).*

Muito embora a grande maioria enfatize que o ponto alto do Programa seja o conjunto das ações, alguns chamaram a atenção para o diferencial do programa que

é o processo ensino-aprendizagem institucionalizado nas escolas, mediante inclusão de conteúdos específicos e de comportamentos e habilidades (atividades como escovação supervisionada, revelação de placa), através da atuação efetiva dos professores. A valorização de programas odontológicos educativos, como estratégia para tornar eficazes as medidas preventivas, é destacada por Pauleto et al. (2004) e Soares (1998), dentre inúmeros pesquisadores. O desconhecimento sobre os cuidados de higiene bucal é um fator que deve ser considerado, pois, “a informação disponível nas grandes mídias nem sempre é acessível a toda a comunidade e, por vezes, nem sempre é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde”. (PAULETO et al., 2004, p.122).

Os depoimentos, a seguir, comprovam a importância do processo educativo por vários Cirurgiões-Dentistas entrevistados.

*O que se destaca no contexto é a educação, sendo que a partir do momento que passou a existir fez com que a população criasse mecanismos de autodefesa, não necessitando mais do profissional da área para poder ter saúde. (Sujeito 1 - em atuação há 12 anos).*

*Na minha opinião, as atividades educativas e preventivas são as mais importantes pois só elas conseguirão capacitar as pessoas a entender e cuidar de sua saúde impedindo que a doença se instale. Não se pode deixar de considerar a necessidade de tratamento curativo daqueles em que a doença já existe, mas é a informação adquirida que fará com que as pessoas individualmente e em comunidade tenham controle sobre sua saúde e sejam mais saudáveis. (Sujeito 3 - em atuação no programa há 9 anos).*

## b) Participação dos sujeitos na visão dos Cirurgiões-Dentistas

Com relação ao indicador participação, os depoimentos demonstram que ocorre uma participação e um engajamento mais efetivo por parte dos professores, alunos e de um grupo de Cirurgiões-Dentistas. A participação de outros integrantes da comunidade escolar (diretores, merendeiras, etc.) e dos pais acontece de modo assistemático. Alguns indicam, também, a atuação dos atendentes de consultório/agentes de saúde.

Chama-nos a atenção o fato de os Cirurgiões-Dentistas reconhecerem a importância do componente educativo e o engajamento dos professores, mas, no

entanto, atribuírem a estes docentes um papel de colaboradores/executores de atividades delineadas em outras instâncias. Tal atitude pode ser comprovada quando da leitura dos seguintes trechos dos depoimentos dos Cirurgiões-Dentistas.

*Um pequeno grupo de dentistas se empenha em programar as atividades educativas e preventivas e repassá-las para os colaboradores que são os professores... (Sujeito 8 - em atuação no programa há 9 anos).*

*[...] Dentro desses programas então, participam atendentes, cirurgiões dentistas, e a força tarefa da educação com uma legião de professoras. (Sujeito 7 - em atuação no programa há 12 anos).*

Diferentes autores salientam que a promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos e coletividades, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais. Portanto, as pedras angulares da promoção da saúde são a cooperação intersetorial e a participação da população, com o apoio de estratégias educativas. (BUSS, 2003; EPP, 1996; KICKBUSCH, 1996; PEREIRA et al., 2000; PETRY; PRETTO, 2003; PINTO, 2000; TERRIS, 1996). Confrontando-se, então, os postulados teóricos e os depoimentos de alguns dos Cirurgiões-Dentistas, questiona-se o entendimento de participação do grupo de sujeitos que atuam no PROESASUL.

O processo de implantação e desenvolvimento do PROESASUL, ao longo de sua história, apresenta momentos político-administrativos distintos que determinaram diferentes níveis de participação e integração no planejamento de suas ações, como pode ser apreendido nas falas dos dentistas que participam das várias frentes de atividades.

*Cada atividade do Programa planejava suas ações com professores. Nunca houve ações diferenciadas para locais com maior índice de desemprego, falta de moradia, baixa renda. A avaliação das ações era feita em conjunto com a Educação, onde os dados coletados serviam para o planejamento das ações futuras (Sujeito 5 - em atuação no programa há 14 anos).*

*Cada programa tem um coordenador que faz o seu planejamento e as avaliações são feitas em reuniões que envolvem também os professores (Sujeito 6 - em atuação no programa há 14 anos).*

*Planeja-se sempre partindo das necessidades colocadas em reuniões em grupo. Avaliação periódica onde se coloca o desenvolvimento do Programa, pontos positivos e negativos e ajustes que precisam ser feitos (Sujeito 3 - em atuação no programa há 14 anos).*

*O planejamento do Programa acontece com os coordenadores do PROESASUL e de seus subprogramas e é baseado na avaliação das necessidades da população alvo. O Programa é reformulado sempre que necessário para que não haja um distanciamento dos nossos objetivos. A avaliação do Programa inicialmente era feita mensalmente pelos coordenadores do Programa e professores envolvidos com base nos resultados obtidos, dificuldades encontradas, opinião dos professores e dos profissionais envolvidos. Nos últimos 4 anos esta avaliação praticamente deixou de existir em virtude de inúmeros problemas (falta de profissional, falta de vontade política...) e o Programa simplesmente "aconteceu" sem que parássemos para avaliá-lo (Sujeito 8 - em atuação no programa há 9 anos).*

A participação do professor no planejamento, conforme depoimento dos CD's, limita-se ao aspecto consultivo, ou seja, o Departamento de Odontologia delibera, a partir de critérios epidemiológicos, as ações curativas e preventivas, reservando para as professoras as contribuições para com o processo educativo, no que se refere às metodologias e dificuldades operacionais no cotidiano da escola. Os professores fornecem subsídios para a avaliação das atividades educativas e os dentistas re-planejam as ações, exercendo, as professoras um papel de executores das ações preventivas.

Os dentistas que atuam no PROESASUL, desde a sua implantação, relatam uma percepção do planejamento de forma integrada, onde as ações e atividades são definidas pela equipe da Secretaria de Saúde com a participação consultiva da Secretaria de Educação, na figura de seus professores, dando os subsídios para a melhoria e adequação das atividades a partir da realidade local. Em contra-partida, aqueles dentistas que ingressaram mais recentemente no Programa para desenvolver ações com população-alvo específica, relatam a percepção de isolamento no processo de planejamento e tomada de decisões.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apoiados na fundamentação teórica apresentada nesse trabalho, e nos dados gerados a partir da pesquisa documental e de campo, o nosso juízo de valores nos permite considerar que o PROESASUL passa por momentos que se caracterizam como uma transição do Paradigma de Prevenção de Doenças para o Paradigma de Promoção de Saúde. Este processo de transição explica-se pela complexidade vivenciada por seus atores, ao longo de mais de dez anos. E, foram os dez anos mais efervescentes da realidade brasileira, que influenciaram significativamente as questões relativas à saúde. Portanto, um Programa que foi implantado na última década do século XX e ainda se mantém no começo do século XXI, que viveu e continua convivendo com realidades tão complexas, não pode ser redutível a uma análise dicotômica (Promoção ou Prevenção), exigindo uma abordagem identificada como fenômeno/ação dos processos dialéticos que o permearam e permeiam.

O discurso oficial apreendido a partir dos documentos institucionais (Programas e Relatórios) do Departamento de Odontologia do Município de Rio do Sul, referentes ao PROESASUL, assume, nos seus diferentes momentos históricos, posicionamentos e abordagens identificadas com as falas e as práticas dos diversos atores envolvidos no seu processo de implantação, revelando coerência entre o discurso oficial e a prática.

No nível de análise proposto, com base no Marco Teórico, podemos assumir uma identificação do Programa com a abordagem da Promoção de Saúde, no que se refere: a) ao Conceito de Saúde, porque este é apresentado como um conceito positivo e multidimensional e não limitado à ausência de doença; b) ao Modelo de Intervenção, porque é participativo; c) às Estratégias adotadas, que se apresentam de formas diversificadas e complementares e d) aos Executores do Programa, porque caracteriza-se como um Programa multiprofissional e multi-setorial.

Em nossa análise, a Categoria que incluímos como abordagem de Prevenção de Doenças foi a Categoria Incumbência, pois conteúdos e temas estão direcionados à prevenção de uma patologia específica (a cárie) e não ampliado para uma rede de temas de saúde como cidadania, qualidade de vida. Para as demais categorias propostas por Buss (2003), percebemos a necessidade de uma terceira abordagem para explicar o processo de transição pelo qual passa o Programa. No

que se refere às categorias Alvo e Direcionamento das Medidas, as ações do PROESASUL não atingem toda a população no seu ambiente total, porém, não estão limitadas somente aos grupos de alto risco, estendendo-se a diferentes atores do Programa. Na categoria Objetivos do Programa, percebemos algumas mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente, traduzidas como comportamentos e habilidades das crianças, no auto-cuidado com a saúde, e dos professores, ao valorizarem a saúde no contexto da escola, passando a atuarem como promotores da saúde. Porém, ao mesmo tempo, focam principalmente indivíduos e grupos de pessoas.

No que se refere às formas de inserção e de relacionamento entre os diversos atores envolvidos nas atividades do Programa, percebemos, a partir dos depoimentos, que há um bom entrosamento entre os dentistas e professores, porém com momentos de dificuldades na continuidade dessa interação por motivos político-administrativos. Há uma aceitação passiva do Programa pelos pais, caracterizada pelo pouco envolvimento e participação dos mesmos nas atividades propostas.

O critério epidemiológico é considerado um importante parâmetro para a análise de eficácia e efetividade dos programas de ação coletiva, determinando o planejamento de objetivos, metodologias e atividades de Promoção de Saúde. Nesse contexto, pode-se observar que os dados relativos à doença cárie entre crianças em idade escolar de Rio do Sul, demonstram uma melhoria significativa no perfil epidemiológico, coincidindo com o período de implantação do Programa.

No nível do conhecimento podemos concluir, a partir da análise do relatório de avaliação de efetividade do Programa, emitido pela UNIVALI, que o processo educativo foi capaz de transmitir conhecimentos e motivar os escolares para as práticas de auto-cuidado e valorização da importância da Saúde Bucal. Destacamos que as conclusões deste relatório, que enfatiza a integração dos professores com os dentistas, são coerentes com os depoimentos dos atores envolvidos nesta pesquisa.

A partir desta avaliação, para que o PROESASUL possa caracterizar-se efetivamente como um Programa de Promoção de Saúde, sugerimos uma ampliação de sua abordagem e alcance de suas ações envolvendo todas as áreas da saúde e setores essenciais da administração pública que possam interferir na qualidade de vida da população e recomendamos a mudança da denominação do mesmo para Programa de Promoção de Saúde em substituição a Programa de Educação em Saúde.

No que se refere aos dados epidemiológicos, expressos pelo índice CPO-D, sugerimos uma análise separada das escolas particulares em relação às públicas, permitindo um melhor parâmetro de avaliação a partir do controle da variável sócio-econômica.

Com relação ao processo de avaliação o PROESASUL deve incorporar indicadores permanentes, a partir de instrumentos planejados e inseridos no cotidiano de suas ações, capazes de gerar dados cientificamente embasados.

Outro aspecto importante a ser considerado refere-se à necessidade de ampliação da participação dos diferentes sujeitos que compreendem a comunidade como: alunos, pais, profissionais da educação, profissionais de saúde, auxiliares e funcionários, num processo educativo de informação e motivação para a organização popular, facilitando o seu envolvimento no contexto da saúde e cidadania, através de instrumentos que viabilizem o seu envolvimento no planejamento e avaliação das ações de promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABBEG, C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios odontológicos, unidades de saúde e nas escolas. **Ação coletiva**, v.2, n.2, p.25-28, abr./jun. 1999.

ACURCIO, F. A. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.33, p.50-53, 1991.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços de Programas Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ARRETECHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICCO, E. M. (Org) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez/ Instituto de Estudos Especiais/ PUC, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1979. p.95-125.

BIJELLA, M. F. T. B. A importância da Educação odontológica em Saúde Bucal nos Programas Preventivos para a criança. **Cecade News**, v.1, n.1/2, p.25-28, 1993.

BLINKHORN, A. S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. **Int Dent J**. Greidford, v. 43, n.2, p.294-298, June 1993.

BOTTAN, E.R.; BASSANI, L.; REIS, L. Percepção sobre saúde bucal de escolares assistidos por ações coletivas odontológicas e suas condições em relação à cárie dental. In: SEMINÁRIO INTEGRADO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, VI, 2000, Balneário Camboriu. **Anais ... Itajaí**, 2000. p. 254.

BOTTAN, E.R. et al. In: CONGRESSO PAULISTA SAÚDE PÚBLICA, VIII, 2003, Ribeirão Preto. **Anais ... São Paulo**, 2003. p. .2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico de Saúde Bucal**: primeira etapa – Cárie Dental – Projeto. Brasília. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental; temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em:< <http://www.saude.br.htm>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil**: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. Informe de Atenção Básica. Brasília, a. 4. n. 23, p.1, jul/ago. 2004

BUISCHI, Y. P.**Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000. p.336.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERENIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMARGO, F.G. et al. Saúde bucal: conscientização de escolares de Bragança Paulista através da pesquisa-ação. **Odontologia USF**, Bragança Paulista, v. 16, p.81-89, 1998.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.209-213, abr. 1997.

CARMAGNANI, F.G.; QUELUZ, D. P. Hábitos de higiene dentária de escolares para prevenção de cárie. **FOL**, Lins, v. 11, n. 1, p.46-50, jan./jun. 1998.

CARVALHO, G. et al. Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. **O Mundo da Saúde**, n. 24, p.72-88, 2000.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis setorial**. Ginebra: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

CORONA, S. A. M.; DINELLI, W. Educação e motivação em Odontologia: avaliação da efetividade de um método educativo aplicado em escolares de primeiro grau, da rede particular da cidade de Araraquara. **Rev Odontol UNESP**, v.26, n.2, p.337-352. 1997.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: Análise de resultados e de impacto. **Rev. do Serviço Público**, v.43, n.2, p.105-126, 1998.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1991.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, p.103-107, 1997.

DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafíos e Oportunidades Para a Promoção de Saúde Bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ EAP/APCD, 2000. p.39-71.

DINELLI, W.; CORONA, S.A.M.; DINELLI, T.C.; GRACIA, P.P.N.S. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um programa de orientação sobre higiene bucal junto a pré escolares. **Stoma**. Lisboa, v.13, n.57, p.23-30, out./dez. 2000.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p.25-36.

- FABRE, R.C.; VILELA, E. M.; BIFFI, E. M. A. Programa de prevenção e educação em saúde bucal para crianças de 3 a 5 anos: um relato de experiência. **Rev. do CROMG**, v.4, n.2, p.101-107, jul./dez. 1998.
- FOCESI, E. Educação em saúde: campo de atuação na área escolar. **Ver Bras Educ Esc**, v. 1, n. 1, p. 19-21, 1990.
- FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.831-841, jul./set. 2000.
- FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde coletiva. In: BOTAZZO, C. FREITAS, S. F. T. (Orgs.). **Ciências Sociais em Saúde Bucal: questões e perspectivas**. Bauru/São Paulo: EDUSC/UNESP, 1998. 159-174p.
- FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, p.165-181, 2001.
- GARCIA, P.P.N. S.; DINELLI, W.; SERRA, N. C.; CORONA, S. A. N. Saúde Bucal: Crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. **JAO**, Curitiba, v.3, n.22, p.36-41, set./out. 2000.
- GIL, C.R.R. et al. Avaliação em saúde. In: ANDRADE, S.M.de (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Uel, 2001. p.125-131.
- GOMES FILHO, I. S. et al. Avaliação de um programa preventivo de saúde bucal em pré-escolares. **Rev. Odonto Ciências**, Porto Alegre, n.27, p.221-233, 1999.
- GONÇALVES, R.M. G.; SILVA, H.H.da. Experiência de um programa educativo-preventivo. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 97-100, mar./abr. 1992.
- GONÇALVES, P.C. et al. Considerações sobre programas de controle de placa. **Rev. Robrac**. v.7, n.23, p.36-39, 1998.
- HILGERT, E.C. **Educação em saúde bucal no ensino fundamental em escolas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001 .
- HILGERT, E.C.; ABEGG, C.; PRETTO, S.M. Análise das abordagens de educação e saúde em programas de saúde bucal. **Rev. Ação Coletiva**, v. 2, p.10-14, abr./jun. 1999.
- HODGE, H. C.; HOLLOWAY, P.J.; BELL, C. R. Factors associated with tooth brushing behavior in adolescents. **Br Dent J**. London, v. 152, n.2, p.49-51, Jan. 1982.
- KICKIBUSCH,I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p.15-24.
- LACERDA, J. T. Programa de Saúde Bucal de Florianópolis. **II Encontro Estadual em Saúde Coletiva**. Florianópolis, p.14-17, jun. 1996.
- LALONDE, M. El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p.3-5.

MARTINS, E. M. Educação em Saúde Bucal: os desafios de uma prática. **Caderno Odontol**, v.1, n.2, p.30-4, 1998.

MELLO, D.A. et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.3, p.583-595, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde Bucal e a professora de 1º grau. **RGO**, v. 40, n.4, p.295-297, jul./ago. 1997.

MORAES, N.; BIJELLA, V. T. Educação odontológica de pacientes. **Rev Ass Paul Cirurg Dent**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 300-307, maio/jun. 1992.

MOYSÉS, S. T.; RODRIGUES, C. S. Ambientes Saudáveis: uma Estratégia de Promoção da Saúde Bucal de Crianças. In: BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p.81-96

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal – definições. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP/APCD, 2000. p.1-22.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 113 p.

NARVAI, P.C. **Avaliação de ações de saúde bucal**, abr. 1996. (mimeo)

NUTO, S.S.; NATIONS, M.K. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. **Rev. Ação Coletiva**, v. 2, p.25-29, 1999.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 1, p.121-130, 2004.

PEREIRA, A. A. **Avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba**. Araçatuba, 2002. 104 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social)-Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2002.

PEREIRA, I.M.T.B. et al. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, a. 24, v. 24, n. 1, p.39-44, jan./fev. 2000.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIEGER, L. (Coord.). **Promoção de Saúde Bucal**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. ABOPREV: **Promoção de Saúde Bucal**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.25-42.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos Livraria, 2000. 541 p.

PIRES FILHO, F. M. **A construção interativa do saber e do fazer acadêmico: o desafio da prática odontológica integral**. Niterói, 1995. 345 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1995.

RONCALLI, A.G. et al. Modelos para assistência em saúde oral no Brasil:tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v.II, n.1, p.11-14, jan./mar. 1999.

ROUX, G.I. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. **Educ Med Salud**, v.28, p.223-233, 1994.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP/APCD, 2000. p.23-37.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunic Saúde Educ**, v.7, p.91-112, 2003.

SILVA, L. M. V. et al. O processo de distritalização e utilização dos serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 11, p.72-84, 1995.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Publ.**, Rio de Janeiro. v.10, n.1, p.80-91, jan./mar. 1994.

SILVEIRA, E.G. da. et al. Avaliação de uma metodologia para um programa educativo-preventivo em saúde bucal para escolares. **Rev. Paulista de Odontologia**, a.XX, n.2, p.22-27, mar./abr. 1998.

SMEKE, E. de L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde: nas palavras e nos gestos; reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

SOARES, E. L. **Educação em Saúde Bucal nas escolas estaduais do 1º grau do Município de São Paulo**. São Paulo, 1988. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, v.81, p.53-59, 1990.

TAMIETTI,M.B.; CASTILHO,L.S.; PAIXÃO,H.H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Archos Odont**, Belo Horizonte, v. 34, n.1, p. 33-45, jan./jun. 1998.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. p.93-107.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p.37-44. (Publicación Científica, 557).

UCHIMURA,K.Y.; BOSI, M.L.M Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, a.18, n.6, p.1561-1569, nov./dez. 2002.

VASCONCELOS, A.; VASCONCELOS, G. A. N. Cidadania, exclusão e saúde bucal. **Ação coletiva**, v. 2, n. 2, p. 29-32, abr./jun. 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.



WANDERLEY, M. T. ; NOSÉ, C. C.; CORREA, M. S. N. P.educação e Motivação na Promoção de Saúde Bucal. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos Livraria, 1998. p. 389-402.

WERNECK, M. A. F. Odontologia: situação atual e tendências. **Jornal da Odontologia – CROMG**. Belo Horizonte, n. 82, p.12, jan. 1986.

ZENKER, J.E. do A. Promoção de saúde bucal; uma nova postura clínica. **Revista Dentística On line**, a.1, n.1, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ufms.br/dentisitcaonline>>. Acessado em: 20 jun. 2003.

ZUANON, A. C. C.; MALAGOLI, D. M.; GIRO, E. M. A. A importância do reforço constante na motivação do paciente. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia para o bebê**, v.2, n.9, p.391-96, 1999.

## **APÊNDICE - A**

### **Roteiro de questões para entrevista semi-estruturada.**

1. Quais as atividades que são desenvolvidas no PROESASUL (Programa de Educação em Saúde de Rio do Sul) e quais você considera as mais importantes?
2. Quem participa na aplicação das atividades?
3. No seu entender, o PROESASUL:
  - a) Pode ser considerado um programa de promoção de saúde? Porque?
  - b) Contribui/contribuiu para a melhoria da qualidade de vida da população alvo? Porque?
4. Como é realizado o planejamento e avaliação do programa?

## APÊNDICE - B

Percepção dos atores envolvidos no Programa: transcrição dos depoimentos dos professores em relação à descrição das ações desenvolvidas, nível de participação nas atividades e no planejamento:

*No início de sua implantação participamos de cursos, ganhamos material didático (cartilha), os profissionais na área acompanhavam as crianças na escola [...] (14 anos no programa)*

*[...] no início foram entregues cartilhas, álbuns seriados, encontros com os profissionais da saúde [...] tínhamos auxílio com os profissionais da saúde em reuniões pedagógicas mensalmente. Os mesmos nos forneciam material educativo, bem como revelador de placa bacteriana, escovas e flúor. (14 anos no programa)*

*Considero todas as atividades importantes, principalmente aquelas que preparam o professor para trabalhar a saúde bucal em sala. Pois este é o profissional que está em direto contato com os alunos, sempre procurando passar conteúdos que irão beneficiá-lo e principalmente colaborar para a sua saúde no futuro. (6 anos no programa)*

*Quando da implantação do programa eram feitas muitas palestras, cursos, material didático, acompanhamento dos profissionais com as orientações diretas: aos alunos, aos professores e também aos pais. (14 anos no programa)*

*Trazer conhecimento sobre saúde bucal, a fim de capacitar o ensino das crianças da 1ª à 4ª série [...] onde adquiriram professor X aluno, conhecimento e motivação necessária para que seja mantida a sua saúde bucal. (2 anos no programa)*

*Encontros para orientações, juntamente com os profissionais da odontologia. Estes encontros aconteciam nas reuniões pedagógicas. (12 anos no programa)*

*São realizadas capacitações com encontros da secretaria da saúde e da educação, e trocas de informações. (8 anos no programa)*

*Eram feitos cursos, seminários (com orientações básicas com profissionais da saúde) sobre a importância desse programa. Tínhamos orientações e acompanhamento e encontros a cada bimestre [...] sugestões de atividades, confeccionavam nos cursos material de apoio (didático-pedagógico). (14 anos no programa)*

*[...] lembro-me muito bem como era precária as condições de higiene, por falta de condições financeiras, como também a falta de informação dada às crianças e familiares. (14 anos no programa)*

*Trabalha a conscientização, forma hábitos e melhora a qualidade de vida. (6 anos no programa)*

*São atividades de prevenção de saúde bucal: escovação, revelação de placa, aplicação de flúor, desenvolvimento de projetos realizados por profissionais da educação. (2 anos no programa)*

*As atividades desenvolvidas no PROESASUL são: preventiva, curativa e educativa. (5 anos no programa)*

*Programa de prevenção, de cura e capacitação dos profissionais da educação. (10 anos no programa)*

*Palestras, orientações, visitas, distribuição de flúor, água oxigenada diluída, escova de dentes, revelação de placa, acompanhamento nas escolas e creches. (9 anos no programa).*

*Escovação, aplicação de flúor, revelação de placa, uso do fio dental, visita dos dentistas e atendentes, acompanhamento das professoras, atendimento no ambulatório móvel. (10 anos no programa)*

*Educativa: jogos, slides, teatro, filmes, música, preventiva: escovação, aplicação de flúor, revelação de placa, uso de fio dental e curativa. (7 anos no programa)*

*Escovação realizada com bebês, com gaze e flúor, palestra com a dentista na unidade e aplicação de revelação de placa. (10 anos no programa)*

*Teatros, simulações, fantoches, massa de modelar, simpósios, oficinas, dominó dos dentes. Exemplo: para que serve cada um dos dentes, qual a função, quando inicia a dentição, quais os cuidados, o que é bom para os dentes e para nossa saúde e cantos sobre os dentes. (14 anos no programa)*

*O que considero mais importante, os três [de prevenção, de cura e capacitação] pois nenhum é eficaz o suficiente sem o outro. (10 anos no programa)*

*Todas são importantes [atividades]. (10 anos no programa)*

*Considero todas as atividades importantes. (8 anos no programa)*

*Todas foram válidas mas agora foram deixadas meio de lado. (7 anos no programa)*

*Mais importante a troca de informações obtidas nas reuniões com os dentistas. (8 anos no programa)*

*No início muita luta, muita conscientização por parte dos dentistas a nós professores [...] eram reuniões e mais reuniões e a medida que o tempo ia passando íamos nos inteirando e interessando-nos mais pelo assunto. Com os profissionais aprendemos tudo sobre os dentes. (14 anos no programa)*

*Todas as atividades são importantes e necessárias [...] temos consciência de como é importante o nosso trabalho entre as crianças e a comunidade em geral. (8 anos no programa)*

*Se a cavidade bucal é perfeita, boa, isso com certeza reflete em toda a saúde da pessoa, isso é qualidade de vida [...] o programa contribuiu, pois podemos observar que existem pais com sérios problemas dentários, e muitas vezes com poucos dentes, e já seus filhos com uma dentição perfeita, sem cárie. Conscientização dos pais. (6 anos no programa)*

*[...] as crianças já vão crescendo sabendo que só podemos ter dentes saudáveis se tivermos os cuidados necessários, principalmente a escovação. (8 anos no programa)*

*O programa ajuda não só a prevenir a saúde bucal, mas através dele acontece a saúde de todo o corpo. Desta forma contribui bastante para a saúde das crianças, pela conscientização feita. (10 anos no programa)*

*A higiene bucal é de suma importância a todo ser humano e a estética de uma boca com dentes saudáveis ajuda o indivíduo na sua relação com as outras pessoas. (10 anos no programa)*

*A participação é feita por todos os funcionários da unidade (professores, diretores, merendeiras e dentistas). (5 anos no programa).*

*Odontólogos, professoras e demais funcionários da educação, pais interessados e comunidade. (10 anos no programa).*

*Os dentistas, professores, auxiliares, pais e merendeiras". (8 anos no programa).*

*Agora não estamos mais motivadas mas mesmo assim continuamos nossas atividades dentro do possível.. (6 anos no programa)*

*É um trabalho de participação e conscientização da população envolvida. (11 anos no programa)*

*Houve muita troca de experiências e diálogo entre os profissionais sobre a realidade de cada unidade. (6 anos no programa)*

*Importantíssimo o acompanhamento do dentista. (14 anos no programa)*

*Com os dentistas aprendemos tudo: desde como educar através motivações com vários métodos, até prevenir com ações como escovação, revelação de placa bacteriana, bochechos com flúor gel (sabendo do seu valor), água oxigenada [...] (12 anos no programa).*

*Deveria ter mais participação dos pais neste processo, pois não depende apenas dos educadores e profissionais da saúde para um bom andamento do programa. (13 anos no programa)*

*A falta do comprometimento de alguns pais, prejudica o andamento do programa. (5 anos no programa)*

*[...] espero que esta gestão dê a devida importância. (14 anos no programa)*

*Hoje somente o que observamos é se acontece ou não a higiene, se tem ou não material [...] precisamos urgentemente resgatar tudo novamente. (14 anos no programa)*

*Não há mais a participação com intensidade dos envolvidos neste programa como no início. (12 anos no programa)*

*Temos consciência de como é importante nosso trabalho. O que fizemos na escola com certeza é levado nas famílias. ( anos no programa)*

*As atividades foram tratadas com seriedade, professores e alunos adquiriram conhecimento e motivação necessárias para que seja mantida sua saúde bucal. ( 10 anos no programa)*

*A comunidade em geral vê da importância dos cuidados até agora para o futuro. (5 anos no programa)*

*Através do programa a população fica mais informada e consciente dos cuidados da saúde bucal. (8 anos no programa)*

*Com esse trabalho, podemos avaliar o quanto é importante a conscientização e a imediação da escola com a comunidade em geral. (10 anos)*

*Sempre participaram os dentistas nas orientações e professores com apoio na aplicação das atividades. (12 anos no programa)*

*O dentista na escola dava orientações quanto à forma correta para o professor e quando necessário ia o bilhete dele para os pais, quando necessitava ir ao posto. (14 anos no programa)*

*Professoras crianças e dentistas e há pouca participação dos pais. (6 anos no programa)*

*Os dentistas, as estagiárias, as merendeiras, os pais e principalmente os professores [envolvidos no programa]". (14 anos no programa)*

*No início do programa participavam professores, pais, alunos, SME, auxiliares de dentistas, dentistas, merendeiras, porém o programa evoluiu muito com a participação efetiva dos professores. (14 anos no programa)*

*A avaliação é realizada através de reuniões pedagógicas [...] em parcerias com os profissionais (professores, dentistas e coordenadoras ) e o planejamento é feito pelos os profissionais de saúde. (7 anos no programa)*

*A avaliação é feita em reuniões pedagógicas com o grande grupo através de trocas de informações. (8 anos no programa).*

*O planejamento é realizado através de reuniões pedagógicas e assessoramento junto à Secretaria Municipal de Educação e avaliação e parceria com os profissionais (professores, dentistas e auxiliares). (5 anos no programa)*

*Encontros pedagógicos juntamente com profissionais da odontologia para orientações e trocas de experiências. (12 anos no programa)*

*Todos os encontros pedagógicos realizados, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde[...] acontecia o planejamento e avaliação. (10 anos no programa)  
É realizado o planejamento e a avaliação, pelos coordenadores, em encontros programados, e é repassado ao Centro de Educação Infantil. (8 anos no programa)*

*O planejamento é em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e da educação e a avaliação é feita nos encontros realizados na Secretaria Municipal da Educação. (10 anos no programa)*

*Através de capacitações com professores e reuniões com os pais. (14 anos no programa)*

## APÊNDICE - C

Percepção dos atores envolvidos no Programa: transcrição dos depoimentos dos dentistas em relação à descrição das ações desenvolvidas, nível de participação nas atividades e no planejamento:

*São desenvolvidas ações integradas de educação, avaliação das necessidades específicas [...] relativas à saúde e sócio-culturais da população em questão [...] (14 anos no programa).*

*Considero mais importante as ações preventivas com a participação de todos os profissionais envolvidos, principalmente com sua presença física nos locais de ação e o direcionamento também às famílias dos participantes [...] são desenvolvidas ações integradas de educação, avaliação das necessidades específicas, setoriais, relativas à saúde e sócio-culturais da população em questão, com ênfase à prática preventiva e posteriormente curativa (14 anos no programa).*

*O PROESASUL realiza não só atividades educativas, focalizando suas ações também em prevenção e tratamento das doenças bucais na população. (9 anos no programa).*

*O sucesso do programa foi a forte inter-relação dada a cada atividade, pois julgamos desde o início que um trabalho meramente preventivo, curativo ou educativo não nos levaria ao objetivo final que era promover saúde (14 anos no programa).*

*Acredito que não exista uma atividade mais importante que a outra. O real sucesso do Programa está no desenvolvimento integral das ações em saúde. (9 anos no programa).*

*Todas as atividades são de suma importância, uma vez que a interação delas potencializa a melhora da saúde da população (9 anos no programa).*

*O que se destaca no contexto é a educação, sendo que a partir do momento que passou a existir fez com que a população criasse mecanismos de autodefesa, não necessitando mais do profissional da área para poder ter saúde. (12 anos no programa).*



**ANEXOS**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)