



ANTONIO DIEGO ABREU DE PAULA

**PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA-PSE**

FORTALEZA

2025

ANTONIO DIEGO ABREU DE PAULA

PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA- PSE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia do Centro Universitário
Christus, como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Janaína Rocha de
Sousa Almeida.

Fortaleza

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Centro
Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro
Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pp Paula, Antonio Diego Abreu de.
PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE / Antonio Diego Abreu de
Paula. - 2025.
65 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Janaína Rocha de Sousa Almeida..

1. ODONTOLOGIA. 2. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA. 3.
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 4. PROMOÇÃO DE SAÚDE. I.
Título.

CDD 617.6

ANTONIO DIEGO ABREU DE PAULA

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA- PSE

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Odontologia do Centro
Universitário Christus, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Janaína Rocha de Sousa Almeida
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Kátia Góis Holanda Saldanha
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Nalber Sigian Tavares Moreira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Fortaleza

2025

DEDICATÓRIA

Renato Barbosa, conhecido como R Motos (*in memoriam*), por mais que tudo aconteceu, onde tudo se acabou em dor e lágrimas, transformou-se em motivo de coragem, persistência, promessa e acima de tudo em vitória. Eu me formei...

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final desta etapa representa, para mim, mais do que a conclusão de um trabalho acadêmico: é o resultado de um sonho que tinha ao ser criança, percurso de esforço, dedicação e, principalmente, de apoio incondicional das pessoas que caminharam ao meu lado.

Primeiramente, agradecer a Deus, a São Francisco e Santa Terezinha por, aos 41 anos realizar esse sonho que por muitos momentos pareceu difícil, alguns até pensei em desistir, mas mantive a fé que sempre tive e consegui chegar até aqui.

Quero aqui expressar minha eterna gratidão à minha maravilhosa mãe, Fátima Alves, cuja presença constante, incentivo, apoio, orações que não me faltaram e amor foram fundamentais para que eu pudesse persistir diante de tantas e tamanhas dificuldades. Mãe, suas palavras de força, seus conselhos sábios e sua fé inabalável me deram coragem para seguir adiante mesmo nos momentos mais desafiadores. Este TCC é também fruto do seu carinho e dedicação.

Quero agradecer meu pai Antônio José que durante todo esse percurso mesmo não falando, mas sempre torceu para que eu conseguisse chegar até o fim, pois seu silêncio muitas vezes tem mais sentido do que qualquer palavra. Obrigado por acreditar e não desistir de mim.

À minha irmã, Nathalie de Paula, agradeço pelo apoio diário, pelo incentivo e por acreditar em mim nos momentos em que minhas próprias forças pareciam insuficientes. Sua companhia e suas palavras de conforto fizeram toda a diferença neste percurso, e eu consegui conforme eu prometi.

À minha sobrinha, Maria Laura que cujo sorriso e presença tornam cada conquista mais significativa e você foi o meu maior combustível, dedico este trabalho. Cada esforço, cada hora de estudo e cada desafio superado foram motivados pelo desejo de construir um futuro melhor, para que você possa se inspirar e acreditar que sonhos podem se tornar realidade.

Ao meu companheiro, Paulo Gustavo, meu muito obrigado pelo amor, paciência e compreensão. Sua parceria foi essencial para que eu pudesse conciliar os estudos com a vida pessoal, sempre oferecendo incentivo contínuo.

Aos meus mestres, agradeço por compartilharem conhecimento, por desafiarem meu pensamento crítico e por me guiarem com dedicação e entusiasmo. Cada ensinamento, orientação e sugestão foi indispensável para a realização deste trabalho.

Aos amigos que estiveram comigo durante esta jornada, minha gratidão por cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada momento de colaboração. Vocês tornaram o percurso mais leve e cheio de aprendizado.

Expresso meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, Profa. Dra. Janaína Rocha, cuja dedicação, paciência e expertise foram fundamentais para a realização deste trabalho. Sua orientação cuidadosa, suas críticas construtivas e seu incentivo constante não apenas direcionaram a execução do TCC, mas também contribuíram para meu crescimento acadêmico e pessoal.

Agradeço também a parceria contínua da minha jornada acadêmica Joelma Tupinambá que todo esse tempo dividiu momentos de construção profissional, que também foi importante nesse caminhar que por muitas vezes foi a força que me faltava.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Cada gesto de apoio, cada palavra de encorajamento e demonstração de carinho foram fundamentais para que eu pudesse concluir este TCC com orgulho e gratidão.

*Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo
para todo propósito debaixo do céu.*

(Eclesiastes 3:1)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de Curso teve como objetivo conhecer e analisar a percepção das equipes de saúde bucal sobre sua atuação no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Canindé, Ceará. Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e analítico, que utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado, aplicado a 23 profissionais das equipes de saúde bucal vinculados às Unidades Básicas de Saúde participantes do programa. Os dados foram analisados com base em estatística descritiva e inferencial, utilizando-se os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p<0,05$). Os resultados revelaram um perfil predominantemente feminino 65,2%, com faixa etária entre 31 e 40 anos e tempo de atuação superior a dez anos em 47,8% dos participantes. Observou-se associação significativa entre a formação acadêmica e a percepção de preparo para atuar no PSE ($p=0,003$), destacando a importância da qualificação profissional. A maioria das equipes relatou desenvolver ações educativas e preventivas, como palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, embora tenha sido identificada irregularidade na frequência e limitação na realização de atendimentos clínicos e triagens ($p=0,007$). Entre os principais desafios apontados estão a falta de infraestrutura adequada nas escolas, carência de materiais e tempo insuficiente para execução das atividades. Também se verificou a ausência de capacitações continuadas e dificuldades de integração intersetorial, especialmente entre as áreas da saúde e educação ($p=0,006$). Como potencialidades, destacou-se o vínculo positivo entre profissionais e comunidade escolar, a boa receptividade das ações e o reconhecimento do impacto educativo sobre os alunos. Conclui-se que, embora as equipes demonstrem comprometimento e alinhamento com as diretrizes do PSE, há necessidade de fortalecimento das ações por meio da ampliação da formação continuada, melhoria da infraestrutura e incentivo à articulação intersetorial. O estudo reforça a relevância do PSE como política pública essencial à promoção da saúde bucal e à consolidação da atenção básica, apontando caminhos para uma atuação mais integrada e eficiente nas escolas públicas do município.

Palavras-Chave: odontologia; programa saúde na escola; estratégia saúde da família; promoção de saúde.

ABSTRAT

This final course project aimed to understand and analyze the perception of oral health teams regarding their role within the School Health Program (PSE) in the municipality of Canindé, Ceará. It is an observational, quantitative, and analytical study that used a structured questionnaire as a data collection instrument, applied to 23 professionals from oral health teams linked to the Basic Health Units participating in the program. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, employing Pearson's chi-square and Fisher's exact tests, with a significance level of 5% ($p<0.05$). The results revealed a predominantly female profile (65.2%), with an age range between 31 and 40 years and more than ten years of experience in 47.8% of the participants. A significant association was observed between academic background and the perception of preparedness to work in the School Health Program ($p=0.003$), highlighting the importance of professional qualification. Most teams reported developing educational and preventive actions, such as lectures, supervised brushing, and topical fluoride application, although irregularities in frequency and limitations in the provision of clinical care and screenings were identified ($p=0.007$). Among the main challenges identified were the lack of adequate infrastructure in schools, shortage of materials, and insufficient time to carry out activities. There was also a lack of ongoing training and difficulties in intersectoral integration, especially between the areas of health and education ($p=0.006$). The study highlighted the positive bond between professionals and the school community, the good reception of the actions, and the recognition of the educational impact on students. It concludes that, although the teams demonstrate commitment and alignment with the PSE guidelines, there is a need to strengthen actions through the expansion of continuing education, improvement of infrastructure, and encouragement of intersectoral articulation. The study reinforces the relevance of the PSE as an essential public policy for the promotion of oral health and the consolidation of primary care, pointing to ways for a more integrated and efficient performance in the municipality's public schools.

Keywords: dentistry; school health program; family health strategy; health promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde Canindé. Canindé/Ce-2025	30
Tabela 2 - Correlação entre a caracterização sociodemográfica dos profissionais e o preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025	32
Tabela 3 - Correlação entre as Ações Desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e o preparo para trabalhar as questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025	36
Tabela 4 - Correlação entre as Dificuldades e Potencialidade das equipes de saúde bucal e o preparo para trabalhar as questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	Breve histórico do Sistema Único de Saúde [SUS]	17
3.2	Panorama da promoção de saúde no Brasil e caminhos para a escola	17
3.2.1	<i>Estratégia Saúde da Família [ESF]</i>.....	17
3.2.2	<i>Promoção de Saúde</i>	19
3.2.3	Intersetorialidade entre Educação e Saúde	21
3.3	Programa Saúde na Escola	23
3.3.1	<i>Ações da Equipe de Saúde Bucal nos três componentes do PSE.....</i>	24
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Cenário do estudo	26
4.3	População do estudo	26
4.4	Critérios de Inclusão e exclusão	26
4.5	Riscos e benefícios do estudo	26
4.6	Coleta de Dados.....	27
4.7	Análise de dados	27
4.8	Aspectos éticos	27
5	RESULTADOS	29
5.1	Perfil Sociodemográfico dos Participantes das Equipes de Saúde Bucal.....	29
5.2	Correlação entre a caracterização sociodemográfica dos profissionais e o preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025	32
5.3	Ações Desenvolvidas no Âmbito do Programa Saúde na Escola.....	34
5.4	Dificuldades e Potencialidades nas Ações Desenvolvidas no Programa Saúde na Escola	39
6	DISCUSSÃO	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE I - Instrumento de Coleta de Dados	51
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	63
APÊNDICE III - Carta de Anuênciâ.....	65
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética da Unichristus	66

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, criado pela Constituição de 1988, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Além de garantir o acesso gratuito e universal aos serviços de saúde, o SUS busca promover a saúde de maneira preventiva, através de ações que visam melhorar as condições de vida da população (BRASIL, 1990).

A promoção da saúde, conceito que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para lidar com os determinantes sociais e ambientais da saúde, é um dos pilares do SUS, refletindo um modelo que vai além do tratamento de doenças e foca na melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, a promoção da saúde no SUS envolve políticas públicas que integrem educação, saneamento básico, segurança alimentar e outras áreas que impactam diretamente o bem-estar da população, destacando a interdependência entre saúde e qualidade de vida (PEREIRA, 2019).

O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação mais ampla e abrangente, que extrapola a saúde como único setor responsável por essas ações. A promoção de saúde propõe uma articulação de forma efetiva entre serviços de saúde, escolas, entre outros equipamentos sociais e comunidades, para proporcionar os sujeitos mais alternativas para resoluções de seus problemas (BRASIL, 2010a).

Ressalta-se a importância da troca de saberes na promoção de hábitos saudáveis, destacando como esse processo favorece a construção coletiva de práticas de saúde dentro de comunidades, incluindo o ambiente escolar. A partir da valorização das experiências e conhecimentos locais, é possível fortalecer as estratégias educativas voltadas para a adoção de comportamentos saudáveis. O estímulo à troca de saberes, segundo os autores, facilita a apropriação de práticas que vão além do simples conhecimento, envolvendo a vivência e a adaptação das pessoas às mudanças propostas, tornando os hábitos saudáveis mais efetivos e sustentáveis (ARAÚJO *et al.* 2020).

O Programa Saúde na Escola – PSE tem como propósito formar cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade. Fruto de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e instituído, em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, o PSE almeja a construção de políticas

intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar (BRASIL, 2007).

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

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

Dentro dessa contextualização no que são colocados como componente II estão contempladas ações educativas, tais como a incorporação de temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos, da elaboração, da produção e da aplicação de material didático-pedagógico que abordam temas de saúde bucal e que podem ser realizadas pela odontologia (BRASIL, 2009).

Destaca-se que a saúde bucal deve ser compreendida como parte constituinte e inseparável da saúde geral do indivíduo e, nesse sentido, os programas de saúde bucal, com ações educativas e/ou cirúrgicas restauradoras, são essenciais para aumentar a qualidade de vida da população de forma geral e, em particular, das crianças e adolescentes em idade escolar (SITYÁ *et al.*, 2014).

Em consonância também se destaca a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, doravante), demonstrou uma piora no perfil geral dos estudantes no período de 2009 a 2015, com redução na proporção de escovação e aumento no percentual de alunos com relato de dor de dente (IBGE, 2016).

Tendo em vista a importância dos programas escolares de saúde bucal como forma de atuação na área educativa, preventiva e de recuperação da saúde e pelo

presente exposto, considerou-se relevante pesquisar de que forma a equipe de saúde bucal tem a percepção na prática no PSE.

Considerando que a boca está diretamente associada a diversos aspectos de saúde, a atuação desses profissionais no PSE é fundamental para a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças bucais, que são fatores determinantes para a qualidade de vida da população jovem.

O PSE, criado com o objetivo de promover a saúde de crianças e adolescentes matriculados na educação básica pública, representa uma importante estratégia de integração entre as áreas de saúde e educação. No entanto, apesar de sua relevância, a efetividade desse programa depende de uma articulação adequada entre os profissionais da saúde e a comunidade escolar. Dessa forma, entender como os cirurgiões-dentistas e os técnicos em saúde bucal percebem sua atuação dentro do PSE é essencial para identificar as dificuldades e potencialidades desse programa no que tange à saúde bucal. Essa análise permite também refletir sobre o impacto dessas percepções na efetividade das ações implementadas nas escolas.

Enquanto profissional da área da saúde, sempre observei os desafios e as potencialidades presentes no cotidiano das ações de promoção de saúde nos espaços escolares. A vivência no território e a interação com as equipes multiprofissionais despertaram o interesse em compreender de forma mais aprofundada como se dá a atuação direta das equipes de saúde bucal dentro do Programa Saúde na Escola (PSE), especialmente no que diz respeito à sua práxis e às percepções dos profissionais envolvidos.

A atuação no serviço público permite perceber que, embora o PSE represente uma importante estratégia de integração entre a saúde e a educação, sua execução ainda enfrenta obstáculos, relacionado à articulação intersetorial, ao tempo destinados a essas ações e a formação profissional. Diante disso, surgiu o desejo de investigar como os cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares em saúde bucal compreendem e vivenciam esse processo, buscando identificar as dificuldades, potencialidades e a contribuição desta atuação para a promoção de saúde no ambiente escolar.

Desse modo ao compreender as percepções equipe de saúde bucal sobre o programa, será possível propor melhorias nas estratégias de atuação, favorecendo um trabalho mais integrado e eficiente, que contribua efetivamente para o

enfrentamento das vulnerabilidades e promova a saúde de maneira integral para os estudantes da rede pública de ensino.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer e analisar a percepção das equipes de saúde bucal sobre o Programa Saúde na Escola no município de Canindé-Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as características sociodemográficas e profissional da equipe de saúde bucal vinculados ao PSE.
- Identificar as ações realizadas pela equipe de saúde bucal da Unidade Básica de Saúde no âmbito do PSE.
- Conhecer os desafios e potencialidades relatados pelas equipes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve Histórico do Sistema Único de Saúde [SUS]

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de transformação das políticas públicas de saúde no Brasil, tendo como marco legal fundamental a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Com o passar do tempo a trajetória culminou na criação do SUS que é marcada por diversos eventos históricos e movimentos sociais que influenciaram a estruturação da saúde pública no Brasil. Podemos com isso observar que desde o início do século XX, o Brasil enfrentava grandes desafios sanitários, como epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. A resposta a essas crises, no entanto, foi fragmentada e muitas vezes limitada às grandes cidades, refletindo as desigualdades regionais e socioeconômicas (FARATORI-JUNIOR, 2021).

Dentro desse processo histórico, a criação do SUS trouxe mudanças significativas que impactam diretamente no cenário da saúde pública no Brasil. Desde sua implementação, onde houve uma significativa expansão maciça na cobertura dos serviços de saúde, incluindo a construção de unidades básicas de saúde, hospitais e centros especializados em todo o país.

Além disso, o SUS promoveu a integração dos serviços de saúde, facilitando o acesso da população a diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária até serviços de alta complexidade (PRESSUS, 2018).

Podemos entender que as políticas de assistência social têm sua institucionalização com a pós Constituição de 1988 e sua trajetória transitou por sofrimento decorrente dos projetos governamentais nos anos que se sucederam. O primeiro governo eleito após a constituição adotou política econômica neoliberal e os governos subsequentes mantiveram política econômica restritiva, também com forte impacto na área social (SILVA, 2015).

3.2 Panorama da Promoção de Saúde no Brasil e Caminhos para a Escola

3.2.1 *Estratégia Saúde da Família [ESF]*

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como a principal política de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Criado pelo Ministério da Saúde em 1994,

o programa foi instituído por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006).

De forma indireta, a criação da ESF também se fundamenta no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, ao estabelecer a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa. Esse decreto reforça que “a atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado” (BRASIL, 2011).

A ESF emerge como estratégia central para a reorganização da atenção primária à saúde no Brasil, alicerçado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e participação comunitária.

Segundo os autores Malta e Santos (2003), “a Estratégia de Saúde da Família [...] gradualmente tornou-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS”. Nesse sentido, o PSF representa um corte institucional que desloca o eixo da assistência curativa-hospitalar para uma lógica preventiva e comunitária, destacando a visita domiciliar, o vínculo com a família e a territorialização da ação das equipes de saúde. Essa mudança é confirmada quando se observa que “a Estratégia Saúde da Família completou 30 anos” em 2024, sendo “uma espécie de coluna vertebral do sistema de saúde pública do país e seu objetivo de universalidade” (BRITO, 2024).

No nível das práticas, a ESF constitui-se em equipes multiprofissionais – compostas por médico de família/comunidade, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – responsáveis por uma população definida em território. A presença da equipe no território pressupõe diagnóstico local, planejamento conjunto com a comunidade e práticas de promoção da saúde, proteção e atenção contínua. Conforme Magalhães e Senna (2006) relatam, ao estudar a “implementação do Programa Saúde da Família no cenário local”, concluíram que “aspectos relacionados à constituição do sistema local de saúde em termos da oferta quantitativa e qualitativa dos serviços, capacitação técnico-gerencial ... são variáveis cruciais para a compreensão da diversidade de experiências de implementação”. Esse

apontamento indica que a efetividade do ESF depende fortemente da capilaridade dos serviços, da articulação entre os níveis de governo e da qualificação das equipes.

A consolidação do ESF requer vínculo estável das equipes com a comunidade, financiamento adequado, apoio técnico-pedagógico e monitoramento contínuo das ações. A literatura ressalta que, embora o ESF tenha ampliado a cobertura e a acessibilidade, há necessidade de qualificação das práticas e de avaliação de impacto além dos indicadores de cobertura. Há que se considerar também que a ESF deve manter sua capacidade de inovação para lidar com novas demandas de saúde, como mudanças nas doenças crônicas, envelhecimento populacional e determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2017).

Assim a ESF constitui uma política pública estruturante da atenção primária à saúde no Brasil, capaz de promover a integralidade e a equidade em saúde quando articulado com participação comunitária e práticas de territorialização. Como destaca o registro histórico, ele representa “uma das colunas vertebrais” do SUS (BRITO, 2024), sendo fundamental para a saúde pública brasileira e exigindo constante fortalecimento institucional e operacional.

3.2.2 Promoção de Saúde

Trazendo a definição da promoção da saúde, como prática e conceito, passou por importantes transformações ao longo da história, especialmente a partir da segunda metade do século XX.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 1946, já trazia uma noção ampliada de saúde ao que se pode definir como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946 apud OLIVEIRA et al., 2020).

Com a consolidação do conceito de Promoção da Saúde que ocorreu com a Carta de Ottawa, elaborada em 1986, que a definiu como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (PAIM, 2020).

Na carta também estabeleceu cinco áreas estratégicas para ação: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de

saúde (TESSER; NICKEL, 2020). Esses pilares permanecem até hoje como diretrizes fundamentais para políticas de promoção da saúde.

De acordo com Silva et al. (2021), “a promoção da saúde não se limita à indução de comportamentos saudáveis, mas considera um conjunto amplo de fatores sociais e ambientais que interferem na saúde das populações”, enfatizando o papel dos determinantes sociais da saúde (DSS), como moradia, educação, renda e acesso a serviços públicos.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) consolidou-se como instrumento estratégico para ampliar a equidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (Brasil, 2022) destacou que, apenas em 2021, foram investidos cerca de R\$128 milhões em programas vinculados à PNPS, como o *Crescer Saudável*, o *Saúde na Escola* e a Estratégia de Amamentação e Alimentação Saudável (EAAB). Tais investimentos reforçam o compromisso do Estado em tornar a promoção da saúde um eixo estruturante das ações em saúde pública.

Visto que a promoção da saúde se consolidou nas últimas décadas como uma estratégia central para enfrentar os desafios da saúde pública contemporânea o modelo biomédico, centrado no tratamento das doenças, mostrou-se insuficiente diante do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dos altos custos dos sistemas de saúde e das desigualdades sociais (BRASIL, 2018).

Com isso, as políticas de promoção da saúde ganharam relevância ao focar nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, além de promoverem práticas de prevenção e qualidade de vida (SCHÄFER et al., 2022).

Alguns autores concordam que a promoção da saúde vem sendo incorporada às políticas públicas desde a criação do SUS, enfrenta desafios relacionados à desigualdade no acesso, fragmentação dos serviços e limitações orçamentárias (PAIM et al., 2020; SILVA et al., 2021).

Segundo Schäfer et al. (2022), estratégias municipais de promoção da saúde apresentam resultados positivos quando articuladas em rede, envolvendo áreas como educação, transporte, urbanismo e segurança, o que reforça a abordagem da saúde em todas as políticas.

A promoção da saúde desde as fases iniciais da vida também tem se mostrado decisiva pois destacam que incluir a atividade física e hábitos saudáveis em

planos educacionais contribui para a consolidação de estilos de vida saudáveis ao longo da vida. Isso mostra a relevância de integrar saúde e educação como parte de uma política pública preventiva de longo prazo.

Nguyen *et al.* (2025) observaram, em revisão sistemática, que políticas orientadas para intervenções digitais em saúde apresentam impactos positivos não apenas clínicos, mas também sociais e ambientais.

Essa abordagem amplia a equidade, fortalece a prevenção e otimiza o monitoramento das condições de saúde, o que reforça a importância da inovação tecnológica como suporte às políticas de promoção da saúde.

3.2.3 Intersetorialidade entre Educação e Saúde

A intersetorialidade entre Saúde e Educação constitui um dos eixos centrais para a promoção integral do bem-estar e da cidadania onde contexto contemporâneo, a complexidade dos problemas sociais e de saúde exigem ações que ultrapassem os limites institucionais e profissionais, promovendo articulações entre setores que historicamente atuaram de forma isolada. A escola, como espaço de formação humana e social, emerge como um campo privilegiado para o desenvolvimento de práticas intersetoriais voltadas à promoção da saúde e ao fortalecimento de comunidades mais saudáveis.

De acordo com Costa *et al.* (2025), a intersetorialidade pode ser compreendida como uma estratégia de gestão pública que busca a integração de saberes, recursos e ações entre diferentes setores, visando responder de maneira mais efetiva às necessidades coletivas. Podemos destacar que no âmbito educacional, essa integração se expressa nas iniciativas que envolvem profissionais da saúde e da educação em torno de objetivos comuns, como o cuidado com a saúde mental, a alimentação saudável, a prevenção de violências e a promoção de ambientes escolares seguros e inclusivos.

Segundo Silva *et al.* (2025), a escola é um espaço estratégico para o diálogo entre os campos da saúde e da educação, pois congrega sujeitos diversos e permite o desenvolvimento de práticas educativas que vão além do conteúdo curricular tradicional. As autoras destacam que, em regiões como a Amazônia, a articulação entre professores, agentes comunitários de saúde e famílias tem se mostrado um caminho eficaz para fortalecer o vínculo entre políticas públicas e realidades locais.

Assim, a intersetorialidade assume não apenas uma dimensão técnica, mas também cultural e territorial, sendo moldada pelas particularidades de cada comunidade.

Delela *et al.* (2024) apontam que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade entre saúde e educação se refletem diretamente na qualidade de vida dos estudantes, visto que o ambiente escolar é propício para o desenvolvimento de práticas preventivas e formativas. Nesse sentido, a intersetorialidade é vista não apenas como uma estratégia de gestão, mas como um processo pedagógico que possibilita aprendizagens compartilhadas. A literatura recente reforça que a efetivação da intersetorialidade depende de fatores estruturais e simbólicos. Silva *et al.* (2025) observaram que, em contextos de vulnerabilidade social, como na região de Santarém (PA), a intersetorialidade exige o fortalecimento dos laços comunitários e a valorização dos saberes locais. Essa perspectiva amplia o conceito de saúde, incluindo dimensões culturais, ambientais e afetivas, e reconhece o papel da escola como espaço de escuta e pertencimento. Os autores argumentam que “a escola torna-se um lugar de interlocução entre saberes, onde a saúde é compreendida como processo coletivo e educativo” (SILVA *et al.*, 2025).

Para Santos e Roggero (2024), a intersetorialidade não deve ser entendida como mera cooperação entre setores, mas como uma forma de gestão compartilhada que rompe com a lógica da fragmentação institucional. As autoras destacam que a integração entre Saúde e Educação exige mecanismos de governança que favoreçam o diálogo e a corresponsabilidade. A ausência desses mecanismos resulta, frequentemente, em ações pontuais e descontinuadas, sem impacto sustentável nas comunidades escolares. Nesse sentido, a intersetorialidade requer planejamento conjunto, avaliação contínua e capacitação de profissionais de ambas as áreas.

A análise de Silva *et al.* (2025) cita que o potencial transformador da intersetorialidade está diretamente ligado à participação social, quando a comunidade escolar é envolvida nas decisões, as ações tornam-se mais significativas e eficazes. Essa participação reforça a ideia de que a promoção da saúde é um direito coletivo e que a escola é um espaço legítimo para o exercício da cidadania. Além disso, a intersetorialidade contribui para a construção de políticas públicas mais sensíveis às diversidades regionais e culturais do país.

A intersetorialidade entre Saúde e Educação transcende a simples cooperação técnica pois ela trata-se de um movimento ético e político que reconhece

a interdependência entre o cuidado e o conhecimento, entre o corpo e o aprendizado, entre o sujeito e a coletividade. De maneira geral, observa-se que a intersetorialidade entre Saúde e Educação é um campo em constante construção, que reflete as transformações sociais e as demandas emergentes do século XXI no que se diz em ações pertinentes à qualidade de vida.

3.3 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 com o objetivo de promover a formação integral dos estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007a). O programa resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, representando um marco na integração entre os setores da saúde e educação, ao buscar fortalecer práticas intersetoriais no ambiente escolar (BRASIL, 2009a).

A proposta do PSE está fundamentada no conceito ampliado de promoção da saúde apresentado na Carta de Ottawa (1986), que compreende a saúde como resultado das condições sociais, econômicas e culturais em que as pessoas vivem. Dessa forma, o programa visa fomentar uma cultura de paz e bem-estar nas escolas, estimular o protagonismo dos estudantes e fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007a; DIAS et al., 2014).

Além de aproximar os setores da saúde e da educação, o PSE busca estimular a participação comunitária, promover hábitos saudáveis e reforçar o papel da escola como espaço privilegiado para práticas de educação em saúde (PAIVA, 2012; GOMES, 2012).

Para tanto, o programa propõe que as ações sejam articuladas principalmente entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território, promovendo vínculos entre profissionais e comunidade (SILVA, 2010). As diretrizes do PSE envolvem princípios como descentralização, interdisciplinaridade, territorialidade, integralidade do cuidado e monitoramento contínuo das ações (BRASIL, 2009a). O caráter intersetorial é essencial, uma vez que o programa exige articulação entre educadores, profissionais de saúde e gestores locais para garantir sua efetividade.

A partir de 2008, o Ministério da Saúde publicou portarias que regulamentaram a implantação, gestão e financiamento do programa, com foco em municípios de

menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e com cobertura total pela ESF (BRASIL, 2008b; CONASS, 2011). Essa estratégia inicial favoreceu a adesão dos entes federativos e consolidou o PSE como uma política pública permanente.

O PSE tem em seu componente estrutural que garante a adesão formal, a execução prática, e avaliação contínua das atividades trabalhadas diretamente com crianças, adolescentes e comunidade familiar.

Componente I – Avaliação das condições de saúde dos estudantes, incluindo exames clínicos e encaminhamentos à rede de atenção básica; *Componente II* – Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, envolvendo temáticas como alimentação saudável, práticas corporais, prevenção de violências, saúde ambiental e sexualidade; e *Componente III* – Formação continuada dos profissionais da saúde e da educação que atuam no programa (BRASIL, 2013c).

As ações são executadas de forma integrada e contínua, fortalecendo a corresponsabilidade entre os setores. Para ampliar a visibilidade do programa, foi criada a Semana Saúde na Escola, instituída pela Portaria nº 357/2012 e redefinida pela Portaria nº 798/2015, com o objetivo de mobilizar as escolas em torno de temáticas prioritárias de saúde (BRASIL, 2015).

Em síntese, o PSE representa um avanço significativo na política pública brasileira ao reconhecer a escola como espaço estratégico para o desenvolvimento de práticas educativas e preventivas de saúde, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos ideais de formação cidadã e integral dos educandos.

3.3.1 Ações da Equipe de Saúde Bucal nos Três Componentes do PSE

O PSE estrutura-se em três componentes centrais, nos quais a odontologia desempenha papéis estratégicos: para articulações de ações no que se diz respeito à saúde bucal.

Componente I – Adesão e pactuação intersetorial: A participação da odontologia na adesão e pactuação intersetorial envolve o planejamento das ações de saúde bucal e a definição de responsabilidades entre profissionais de saúde, gestores escolares e secretarias de educação. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024): “o alinhamento das ações odontológicas ao planejamento municipal

e escolar garante que as atividades de prevenção e promoção da saúde bucal sejam efetivas e integradas à rotina educativa.”

Componente II – Implementação de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde: este componente concentra a execução prática das atividades odontológicas, destacando-se: Escovação dental supervisionada: Promovida diariamente em algumas escolas, ensina técnicas corretas de escovação, fortalecendo hábitos de higiene bucal. Estudos demonstram que a escovação supervisionada pode reduzir em até 50% a incidência de cáries em estudantes de escolas públicas (Drum, 2025); Aplicação tópica de flúor: Estratégia reconhecida mundialmente como eficaz na prevenção de cáries, especialmente em regiões com acesso limitado a cuidados odontológicos regulares (Governo Federal, 2024); Distribuição de kits de higiene bucal: Incluindo escova, pasta e fio dental, promovendo autonomia e adesão diária à higiene bucal; Ações educativas: Oficinas, palestras e atividades lúdicas sobre prevenção de doenças bucais, alimentação saudável e higiene oral, envolvendo estudantes, professores e familiares.

Componente III – Monitoramento, avaliação e financiamento: a odontologia participa do monitoramento das ações por meio de registro de dados de saúde bucal, indicadores de risco e resultados das intervenções. Os repasses financeiros do programa aos municípios permitem aquisição de insumos, materiais educativos e instrumentos odontológicos (BRASIL,2024). Segundo Magalhães e Senna (2006): “a avaliação contínua das ações garante a sustentabilidade e a efetividade do programa, permitindo ajustes conforme as necessidades locais e os resultados observados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional, quantitativa, descritiva e transversal, uma vez que fez uma coleta de dados, analisou e interpretou os dados obtidos através de um questionário semi estruturado, sem isolar e nem controlar as variáveis.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Canindé localizado no interior do estado do Ceará, à 120 km da capital do estado, com uma população estimada de 74.174 habitantes (CENSO, 2022). A Atenção Primária à Saúde no referido município possui 15 Unidades Básicas de Saúde sendo 10 na zona urbana e 5 na zona rural, com o total de 23 equipes de saúde da família e 12 equipes de saúde bucal.

4.3 População do estudo

A população alvo do estudo foram as equipes de saúde bucal, com o quantitativo de 12 cirurgiões dentistas e 12 auxiliares/técnicos em saúde bucal.

4.4 Critérios de Inclusão e exclusão

Foram incluídos nessa pesquisa cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal em pleno exercício nas Unidades Básicas de Saúde e que estavam vinculados diretamente a uma escola desenvolvendo algum trabalho no Programa Saúde na Escola, com um tempo mínimo de 6 meses de atuação direta na estratégia de saúde da família. Foram excluídos profissionais que se encontravam afastados das suas atividades laborais por algum motivo durante o período da coleta de dados.

4.5 Riscos e benefícios do estudo

A pesquisa apresenta risco mínimos pois se tratou de aplicação de um questionário, com isso mesmo em uso restrito à possibilidade de leve constrangimento durante a coleta de dados, em virtude de eventuais reflexões pessoais sobre a prática profissional. Os benefícios correspondem na identificação das potencialidades e desafios dos processos de trabalho, podendo servir como referência para os futuros planejamentos das equipes.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu através da aplicação de um questionário estruturado, o qual identificava aspectos sociodemográficos, ações desenvolvidas no PSE, dificuldades e potencialidades nas ações desenvolvidas e formação profissional. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a abril de 2025, através da aplicação do questionário estruturado (Apêndice I), sendo a coleta de dados realizada por um único pesquisador.

O questionário foi submetido a uma equipe de especialistas em saúde coletiva para a validação do instrumento e foi aplicado um teste piloto, para que os ajustes necessários pudessem ser realizados. Os questionários respondidos no teste piloto não foram considerados para os resultados da pesquisa. Para a aplicação do questionário foi realizado visita com dia e horário programado pelo pesquisador e chefia direta da Unidade Básica de Saúde, cujo instrumento foi aplicado de forma simultânea com a equipe de saúde bucal presente.

4.7 Análise de dados

Os resultados foram inicialmente tabulados através de uma planilha do programa Excel, exportados para o software SPSS versão 20.0 para Windows, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

4.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus com Número de Parecer 7.540.237. Foram respeitadas as questões éticas conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 (Anexo I). Todos os participantes tiveram ciência e afirmação de sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos usuários que participaram da referida pesquisa (Apêndice II).

Antes do início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de obter a anuência institucional necessária para a realização do estudo nas unidades da rede pública. A anuência constitui um procedimento ético e administrativo que autoriza o pesquisador a

desenvolver o estudo nas dependências da instituição, garantindo que a gestão esteja ciente dos objetivos, métodos e implicações da pesquisa.

Esse processo assegura o alinhamento da investigação com as políticas e diretrizes locais de saúde, além de preservar o bom uso dos espaços públicos e das informações institucionais. Somente após a concessão da anuência pela Secretaria de Saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para análise e posterior aprovação ética.

5 RESULTADOS

A presente seção expõe os resultados obtidos a partir da investigação acerca da percepção das equipes de saúde bucal sobre sua prática no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE). Informações essas que foram organizadas de forma a possibilitar uma compreensão ampla do perfil dos participantes, das atividades desenvolvidas, potencialidades e dificuldades enfrentadas e das percepções que orientam sua prática cotidiana junto ao público escolar.

Os achados revelam aspectos que vão além dos dados numéricos, refletindo as experiências, desafios e potencialidades relatadas pelos profissionais no exercício das ações de promoção da saúde. Dessa maneira, os resultados apresentados buscam traduzir como a práxis das equipes de saúde bucal se concretiza nas escolas, considerando fatores como preparo técnico, disponibilidade de recursos, apoio institucional e integração com outros membros da equipe multiprofissional.

Os resultados foram expressos em frequência absoluta e percentual, de modo a permitir uma melhor compreensão da distribuição e associação entre as variáveis estudadas que nelas possibilitamos para a reflexão deles.

5.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes das Equipes de Saúde Bucal

A amostra do estudo foi composta por 23 profissionais das equipes de saúde bucal, vinculados às equipes do PSE. Observou-se a predominância do sexo feminino 65,2% (n=15), enquanto o sexo masculino representou 34,8% (n=8) da amostra, evidenciando a predominância feminina, característica comum na força de trabalho em saúde. No que se refere à faixa etária, a maior concentração foi observada entre 31 e 40 anos 43,5% (n=10), seguida por 25 a 30 anos 26,1% (n=6), refletindo um perfil profissional relativamente jovem, porém com experiência consolidada durante todo seu percurso de trabalho.

Em relação à orientação sexual, 95,7% (n=22) dos participantes da pesquisa declararam-se heterossexuais, e apenas 4,3% (n=1) preferiram não responder a questões específicas. Em relação ao estado civil dos participantes, 56,5% (n=13) eram solteiros(as), 34,8% (n=8) casados(as) e 8,7% (n=2) divorciados(as). Esses dados indicam uma amostra heterogênea e representativa da realidade dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde bucal.

Com relação à formação dos profissionais, verificou-se que 43,5% (n=10) possuíam curso técnico em saúde bucal, 21,7% (n=5) graduação em odontologia e 34,8% (n=8) pós-graduação. Já no que se diz respeito à função exercida, 56,5% (n=13) atuavam como cirurgiões-dentistas, 39,1% (n=9) como auxiliares de saúde bucal e 4,3% (n=1) como técnicos em saúde bucal, demonstrando uma distribuição equilibrada entre as categorias que compõem a equipe odontológica.

O tempo de atuação na área da saúde bucal tal foi expressivo: 47,8% (n=11) trabalhavam há mais de 10 anos, 17,4% (n=4) entre 6 e 10 anos e 34,8% (n=4) menos de 5 anos. Esse dado evidencia a presença de profissionais com ampla experiência, o que potencializa a qualidade das ações realizadas nas escolas. A maior parte dos participantes desenvolve suas atividades em áreas urbanas 69,6% (n=16), enquanto 30,4% (n=7) atuam na zona rural. Com relação a situação ao vínculo empregatício dos participantes, 52,2% (n=12) possuíam contratos temporários, e 47,8% (n=11) eram servidores públicos efetivos do município.

No tocante ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), observou-se que 52,2% (n=12) trabalhavam há mais de cinco anos. Diante disso todos os resultados são mostrados na Tabela 01 de acordo com sua caracterização.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde Canindé. Canindé/Ce-2025

		Total
Sexo		
Masculino		8 (34.8%)
Feminino		15 (65.2%)
Orientação sexual		
Heterossexual		22 (95.7%)
Prefiro não responder		1 (4.3%)
Idade		
Menos de 25 anos		1 (4.3%)
25 a 30 anos		6 (26.1%)
31 a 40 anos		10 (43.5%)
41 a 50 anos		4 (17.4%)
51 anos ou mais		2 (8.7%)

Estado Civil

Solteiro(a)	13 (56.5%)
Casado(a)	8 (34.8%)
Divorciado(a)	2 (8.7%)

Escolaridade

Curso técnico em Saúde Bucal	10 (43.5%)
Graduação em Odontologia	5 (21.7%)
Pós-graduação	8 (34.8%)

Função

Cirurgião-dentista	13 (56.5%)
Técnico em saúde bucal	1 (4.3%)
Auxiliar de saúde bucal	9 (39.1%)

Tempo de Trabalho SB

Menos de 1 ano	4 (17.4%)
1 a 5 anos	4 (17.4%)
6 a 10 anos	4 (17.4%)
Mais de 10 anos	11 (47.8%)

Regiões na qual trabalha

Área urbana	16 (69.6%)
Área rural	7 (30.4%)

Vínculo Empregatício

Servidor Público	11 (47.8%)
Contrato temporário	12 (52.2%)

Tempo de Trabalho ESF

Menos de 1 ano	5 (21.7%)
1-5 anos	6 (26.1%)
>5 anos	12 (52.2%)

Fonte: Elaboração própria (2025)

5.2 Correlação entre a caracterização sociodemográfica dos profissionais e o preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025

A análise das variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde bucal permitiu identificar possíveis relações entre o perfil desses trabalhadores e o nível de preparo autopercebido para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Canindé, em 2025. A investigação buscou compreender de que maneira fatores como sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de atuação e região de trabalho podem influenciar a segurança técnica e a efetividade das práticas no contexto escolar.

Foi identificada uma associação entre o nível de escolaridade dos profissionais e a percepção de preparo para atuar nas ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,055$). Observou-se que os participantes com formação em nível de pós-graduação apresentaram maior proporção de sentimento de preparo ou parcialmente preparado para desenvolver as atividades do PSE, enquanto aqueles com formação técnica em saúde bucal dividiram-se proporcionalmente entre a autopercepção de estar preparado e não estar preparado para a atuação no PSE.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a região de atuação dos profissionais e a percepção de preparo para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,003$). Constatou-se que os profissionais que atuam na zona urbana referiram uma maior proporção de preparo para atuar no PSE. Diante disso todos os resultados são mostrados na Tabela 02 de acordo com sua correlação entre a caracterização e o preparo dos profissionais.

Tabela 2 - Correlação entre a caracterização sociodemográfica dos profissionais e o preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025

	Preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal em grupos específicos, como crianças, adolescentes e comunidades em situação de vulnerabilidade			p-	
	Total	Sim	Não	Parcialmente	Valor
Sexo					
Masculino	8 (34.8%)	2 (22.2%)	3 (30.0%)	3 (75.0%)	0,167
Feminino	15 (65.2%)	7 (77.8%)	7 (70.0%)	1 (25.0%)	
Orientação sexual					

Heterossexual	22 (95.7%)	8 (88.9%)	10(100.0)	4 (100.0%)	0,443
Prefiro não responder	1 (4.3%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Idade					
Menos de 25 anos	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0,237
25 a 30 anos	6 (26.1%)	4 (44.4%)	1 (10.0%)	1 (25.0%)	
31 a 40 anos	10 (43.5%)	4 (44.4%)	3 (30.0%)	3 (75.0%)	
41 a 50 anos	4 (17.4%)	0 (0.0%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)	
51 anos ou mais	2 (8.7%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Estado Civil					
Solteiro(a)	13 (56.5%)	7 (77.8%)	5 (50.0%)	1 (25.0%)	0,257
Casado(a)	8 (34.8%)	1 (11.1%)	4 (40.0%)	3 (75.0%)	
Divorciado(a)	2 (8.7%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Escolaridade					
Curso técnico em Saúde Bucal	10 (43.5%)	5 (55.6%)	5 (50.0%)	0 (0.0%)	0,055
Graduação em Odontologia	5 (21.7%)	2 (22.2%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	
Pós-graduação	8 (34.8%)	2 (22.2%)	2 (20.0%)	4 (100.0%)	
Função					
Cirurgião-dentista	13 (56.5%)	4 (44.4%)	5 (50.0%)	4 (100.0%)	0,274
Técnico em saúde bucal	1 (4.3%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Auxiliar de saúde bucal	9 (39.1%)	4 (44.4%)	5 (50.0%)	0 (0.0%)	
Tempo de Trabalho SB					
Menos de 1 ano	4 (17.4%)	2 (22.2%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	0,599
1 a 5 anos	4 (17.4%)	1 (11.1%)	2 (20.0%)	1 (25.0%)	
6 a 10 anos	4 (17.4%)	3 (33.3%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Mais de 10 anos	11 (47.8%)	3 (33.3%)	5 (50.0%)	3 (75.0%)	
Região que trabalha					
Área urbana	16 (69.6%)	7 (77.8%)	9 (90.0%)	0 (0.0%)	0,003
Área rural	7 (30.4%)	2 (22.2%)	1 (10.0%)	4 (100.0%)	
Vínculo Empregatício					
Servidor Público	11 (47.8%)	3 (33.3%)	6 (60.0%)	2 (50.0%)	0,507

Contrato temporário	12 (52.2%)	6 (66.7%)	4 (40.0%)	2 (50.0%)	
Tempo de Trabalho ESF					
Menos de 1 ano	5 (21.7%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	0,576
1-5 anos	6 (26.1%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	1 (25.0%)	
>5 anos	12 (52.2%)	3 (33.3%)	6 (60.0%)	3 (75.0%)	

Fonte: Elaboração própria (2025)

5.3 Ações Desenvolvidas no Âmbito do Programa Saúde na Escola

A análise revelou que 87% (n=20) dos profissionais afirmaram desenvolver ações de saúde bucal no contexto do PSE, demonstrando alto nível de envolvimento das equipes no contexto escolar. Além disso, 73,9% (n=17) declararam conhecer as diretrizes técnicas do programa, conforme o Decreto nº 6.286/2007, o que indica que a maioria das práticas está alinhada às orientações ministeriais para o seu desenvolvimento.

As atividades mais realizadas incluem ações educativas sobre higiene bucal 95,7% (n=22), aplicação tópica de flúor 65,2% (n=15), orientações sobre alimentação saudável 56,5% (n=13), campanhas de prevenção ao combate à cárie com 47,8% (n=11) e palestras educativas 43,5% (n=10). Em menor frequência, observou-se a realização de exames clínicos 65,2% (n=15), atendimento clínico odontológico 65,2% (n=15) e triagens para doenças bucais 78,3% (n=18). Tais dados revelam o predomínio de ações preventivas e educativas sobre as assistenciais, o que reflete o enfoque do PSE na promoção da saúde.

Observou-se correlação estatisticamente significativa entre a realização de atividades de triagem e a autopercepção de preparo para a execução das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,007$). Verificou-se que todos os profissionais que declararam não se sentirem preparados para atuar no PSE 100% (n=10) também afirmaram não realizar atividades de triagem.

Identificou-se correlação estatisticamente significativa entre a realização de atividades de atendimento clínico e a autopercepção de preparo para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,032$). Observou-se que 75% (n=3) dos profissionais que declararam não se sentir preparados para atuar no PSE também relataram não realizar atividades de atendimento clínico, o que

sugere que a falta de segurança técnica e prática pode comprometer a execução efetiva dessas ações no contexto escolar.

Verificou-se correlação estatisticamente significativa entre a realização de atividades de campanha de prevenção ao combate à cárie e a percepção de preparo para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,042$). Constatou-se que a maioria dos profissionais que se consideram preparados para atuar no PSE realiza esse tipo de atividade, evidenciando que o nível de capacitação e a segurança profissional podem influenciar diretamente o engajamento em ações coletivas de promoção da saúde.

Quanto à frequência das atividades de promoção de saúde bucal, 69,6% ($n=16$) informaram realizá-las com periodicidade variável (classificada como “outra”), enquanto 21,7% ($n=5$) afirmaram realizá-las trimestralmente e 8,7% ($n=2$) mensalmente, o que sugere que as ações não seguem um calendário fixo, dependendo das demandas locais e da disponibilidade das equipes.

Sobre as ações de prevenção direta com os alunos, 65,2% ($n=15$) afirmaram realizá-las, o que reforça o caráter educativo do programa. Além disso, 52,2% ($n=12$) disseram promover capacitações para professores e funcionários escolares, o que demonstra um esforço para integrar a escola como espaço permanente de promoção da saúde. Entre as estratégias educativas mais utilizadas, destacaram-se as palestras 91,3% ($n=21$), seguidas do uso de materiais educativos 65,2% ($n=15$), oficinas práticas 56,5% ($n=13$), atividades lúdicas 39,1% ($n=9$) e dinâmicas de grupo 30,4% ($n=7$). Esses dados evidenciam o uso diversificado de metodologias que facilitam a compreensão dos temas abordados, com destaque para abordagens interativas e práticas.

No tocante à triagem e encaminhamentos de alunos com problemas bucais, 30,4% ($n=7$) realizam com frequência, 30,4% ($n=7$) ocasionalmente, e 39,1% ($n=9$) não realizam, o que pode indicar dificuldades estruturais ou limitações no acompanhamento clínico posterior. A maioria, 60,9% ($n=14$) afirmou que as ações envolvem crianças e familiares, ampliando o alcance comunitário das atividades. Quanto à adesão dos estudantes, 60,9% ($n=14$) avaliaram como regular, 17,4% ($n=4$) boa e 8,7% ($n=2$) muito boa e 13% ($n=3$), o que demonstra boa aceitação, embora haja espaço para aprimoramento da participação. Diante disso todos os resultados

são mostrados na Tabela 03 de acordo com as ações desenvolvidas. Desse modo como se apresenta.

Tabela 3 - Correlação entre as Ações Desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e o preparo para trabalhar as questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025

		Preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal em grupos específicos, como crianças, adolescentes e comunidades em situação de vulnerabilidade			p-
	Total	Sim	Não	Parcialmente	Valor
Diretrizes do Programa Saúde na Escola					
Sim	17 (73.9%)	7 (77.8%)	6 (60.0%)	4 (100.0%)	0,289
Não	6 (26.1%)	2 (22.2%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)	
Ações Desenvolvidas do Programa Saúde na Escola					
Sim	20 (87.0%)	9 (100.0%)	7 (70.0%)	4 (100.0%)	0,106
Não	3 (13.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	
Atividades de Exame Clínico					
Sim	8 (34.8%)	4 (44.4%)	3 (30.0%)	1 (25.0%)	0,726
Não	15 (65.2%)	5 (55.6%)	7 (70.0%)	3 (75.0%)	
Atividades Ações Educativas					
Sim	22 (95.7%)	9 (100.0%)	9 (90.0%)	4 (100.0%)	0,507
Não	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Atividades Aplicação Tópica de Flúor					
Sim	15 (65.2%)	6 (66.7%)	6 (60.0%)	3 (75.0%)	0,862
Não	8 (34.8%)	3 (33.3%)	4 (40.0%)	1 (25.0%)	
Atividades Orient Alim Saudável					
Sim	13 (56.5%)	7 (77.8%)	4 (40.0%)	2 (50.0%)	0,242
Não	10 (43.5%)	2 (22.2%)	6 (60.0%)	2 (50.0%)	
Atividades de					

Triagem					
Sim	5 (21.7%)	5 (55.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,007
Não	18 (78.3%)	4 (44.4%)	10(100.0)	4 (100.0%)	
Atividades Atendimento Clínico					
Sim	8 (34.8%)	6 (66.7%)	1 (10.0%)	1 (25.0%)	0,032
Não	15 (65.2%)	3 (33.3%)	9 (90.0%)	3 (75.0%)	
Atividades Palestra					
Sim	10 (43.5%)	5 (55.6%)	4 (40.0%)	1 (25.0%)	0,566
Não	13 (56.5%)	4 (44.4%)	6 (60.0%)	3 (75.0%)	
Atividades Campanha (Prevenção à cárie)					
Sim	11 (47.8%)	7 (77.8%)	2 (20.0%)	2 (50.0%)	0,042
Não	12 (52.2%)	2 (22.2%)	8 (80.0%)	2 (50.0%)	
Atividades de Encaminhamentos					
Sim	15 (65.2%)	6 (66.7%)	6 (60.0%)	3 (75.0%)	0,862
Não	8 (34.8%)	3 (33.3%)	4 (40.0%)	1 (25.0%)	
Outras Atividades					
Não	23 (100.0%)	9 (100.0%)	10(100.0%)	4 (100.0%)	1,000
Sim	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Frequência Promoção Saúde					
Mensalmente	2 (8.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0,059
Trimestralmente	5 (21.7%)	3 (33.3%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	
Outro	16 (69.6%)	5 (55.6%)	10 (100.0%)	1 (25.0%)	
Ações Prevenção					
Sim	15 (65.2%)	6 (66.7%)	5 (50.0%)	4 (100.0%)	0,206
Não	8 (34.8%)	3 (33.3%)	5 (50.0%)	0 (0.0%)	
Atividades Capacitação para Profissionais da					

Escola					
Sim	12 (52.2%)	5 (55.6%)	4 (40.0%)	3 (75.0%)	0,479
Não	11 (47.8%)	4 (44.4%)	6 (60.0%)	1 (25.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Dinâmica					
Sim	7 (30.4%)	1 (11.1%)	4 (40.0%)	2 (50.0%)	0,254
Não	16 (69.6%)	8 (88.9%)	6 (60.0%)	2 (50.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Palestras					
Sim	21 (91.3%)	8 (88.9%)	9 (90.0%)	4 (100.0%)	0,791
Não	2 (8.7%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Materiais Educativos					
Sim	15 (65.2%)	4 (44.4%)	7 (70.0%)	4 (100.0%)	0,139
Não	8 (34.8%)	5 (55.6%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Atividades Lúdicas					
Sim	9 (39.1%)	4 (44.4%)	2 (20.0%)	3 (75.0%)	0,149
Não	14 (60.9%)	5 (55.6%)	8 (80.0%)	1 (25.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Oficinas					
Sim	13 (56.5%)	4 (44.4%)	6 (60.0%)	3 (75.0%)	0,566
Não	10 (43.5%)	5 (55.6%)	4 (40.0%)	1 (25.0%)	
Estratégias Ed. Saúde Outras					
Sim	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0,507
Não	22 (95.7%)	9 (100.0%)	9 (90.0%)	4 (100.0%)	
Triagem e Encaminhamento de Alunos					
Sim, com frequência	7 (30.4%)	4 (44.4%)	1 (10.0%)	2 (50.0%)	0,092
Sim, ocasionalmente	7 (30.4%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	2 (50.0%)	
Não	9 (39.1%)	2 (22.2%)	7 (70.0%)	0 (0.0%)	

Ações com Foco apenas nas Crianças					
Apenas crianças	9 (39.1%)	2 (22.2%)	4 (40.0%)	3 (75.0%)	0,197
Crianças e familiares	14 (60.9%)	7 (77.8%)	6 (60.0%)	1 (25.0%)	
Adesão dos Estudantes as Atividades					
Muito boa	2 (8.7%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0,515
Boa	4 (17.4%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	1 (25.0%)	
Regular	14 (60.9%)	7 (77.8%)	4 (40.0%)	3 (75.0%)	
Ruim	3 (13.0%)	1 (11.1%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	

Fonte: Elaboração própria (2025)

5.4 Dificuldades e Potencialidades nas Ações Desenvolvidas no Programa Saúde na Escola

Em relação às condições de infraestrutura para realização das atividades, 52,2% (n=12) dos participantes consideraram as escolas inadequadas, enquanto 43,5% (n=10) as classificaram como parcialmente adequadas e apenas 4,3% (n=1) como adequadas. No que se refere ao apoio suficiente da gestão para o desenvolvimento das ações, 39,1% (n=9) avaliaram que o apoio ocorre parcialmente, 30,4% (n=7) afirmaram que ele existe de forma efetiva, e outros 30,4% (n=7) disseram não receber apoio suficiente.

A logística de transporte e deslocamento foi considerada eficiente por 47,8% (n=11) dos profissionais, 21,7% (n=5) apontaram ineficiência e 30,4% (n=7) classificaram como parcialmente eficiente, revelando que as dificuldades de locomoção ainda representam um entrave, especialmente nas áreas rurais.

Quanto ao acesso a materiais e equipamentos adequados, 47,8% (n=11) consideraram-no parcial, 34,8% (n=8) satisfatório e 17,4% (n=4) insuficientes, evidenciando limitações que podem impactar a qualidade das atividades práticas. Por outro lado, a parceria com professores e gestão escolar foi avaliada positivamente por 82,6% (n=19) dos participantes, demonstrando boa integração entre os profissionais da saúde e da educação como um dos pilares do PSE.

O conhecimento de alguma tecnologia e sistemas digitais que facilite o acompanhamento mostrou-se limitada: 78,3% (n=18) afirmaram não conhecer, 13% (n=3) relataram o conhecimento parcial e apenas 8,7% (n=2) disseram conhecer, o que evidencia a carência de ferramentas digitais de monitoramento das ações. Foi verificada relevância estatística ($p=0,045$) entre o fato de ter tecnologias digitais de registro das atividades do PSE e um maior estímulo no desenvolvimento de ações do PSE.

Em relação à disponibilidade de tempo adequado para realizar as atividades, apenas 17,4% (n=4) consideraram ter tempo adequado para realizar as atividades escolares, enquanto 52,2% (n=12) afirmaram não ter tempo adequado para realizar as atividades. Além disso, 78,3% (n=18) reconheceram que a falta de capacitação dos profissionais e atualização impacta diretamente as ações, reforçando a importância da educação permanente. Observou-se correlação estatisticamente significativa entre a disponibilidade de tempo adequado para realização das atividades do PSE e o preparo para a execução das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,024$). Verificou-se que todos os profissionais que declararam não se sentirem preparados para atuar no PSE 70% (n=7) também afirmaram não ter tempo adequado para realização das atividades do PSE.

Apresentou 34,8% (n=8) que afirmaram haver dificuldades de integração das ações do PSE com outras políticas de saúde e educação, enquanto 43,5% (n=10) disseram não haver essa dificuldade e 21,7% (n=5) consideraram integração parcial, apontando necessidade de maior interdisciplinaridade e articulação intersetorial. Há uma correlação estatisticamente significativa entre a dificuldade de integração entre a Educação e Saúde para realização das atividades do PSE e o preparo para a execução das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,006$). Verificou-se que todos os profissionais que declararam se sentirem preparados para atuar no PSE (77,8%; n=07) também afirmaram que não há dificuldades de integração.

Sobre a formação acadêmica, 52,2% (n=12) dos participantes consideraram-se com adequada formação para atuação no contexto do PSE, 34,8% (n=8) a consideraram inadequada e 13% parcialmente adequada. Verificou-se correlação estatisticamente significativa entre a formação acadêmica adequada para atuar no PSE e a percepção de preparo para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola ($p=0,003$). Desse modo como apresenta-se na Tabela 04.

Tabela 4 - Correlação entre as Dificuldades e Potencialidade das equipes de saúde bucal e o preparo para trabalhar as questões relacionadas à saúde bucal no PSE. Canindé-2025

Preparado para lidar com questões relacionadas à saúde bucal em grupos específicos, como crianças, adolescentes e comunidades em situação de vulnerabilidade						p-
	Total	Sim	Não	Parcialmente	Valor	
Infraestrutura para Realização das Ações						
Sim	1 (4.3%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,153	
Não	12 (52.2%)	3 (33.3%)	8 (80.0%)	1 (25.0%)		
Parcialmente	10 (43.5%)	5 (55.6%)	2 (20.0%)	3 (75.0%)		
Apoio Suficiente da Gestão para Desenvolver as Ações						
Sim	7 (30.4%)	4 (44.4%)	2 (20.0%)	1 (25.0%)	0,788	
Não	7 (30.4%)	2 (22.2%)	4 (40.0%)	1 (25.0%)		
Parcialmente	9 (39.1%)	3 (33.3%)	4 (40.0%)	2 (50.0%)		
Logística de Transporte e Deslocamento						
Sim	11 (47.8%)	7 (77.8%)	3 (30.0%)	1 (25.0%)	0,240	
Não	5 (21.7%)	1 (11.1%)	3 (30.0%)	1 (25.0%)		
Parcialmente	7 (30.4%)	1 (11.1%)	4 (40.0%)	2 (50.0%)		
Acesso Materiais Adequados						
Sim	8 (34.8%)	5 (55.6%)	2 (20.0%)	1 (25.0%)	0,342	
Não	4 (17.4%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	1 (25.0%)		
Parcialmente	11 (47.8%)	4 (44.4%)	5 (50.0%)	2 (50.0%)		
Parceria Professores e Gestão Escolar						
Sim	19 (82.6%)	7 (77.8%)	8 (80.0%)	4 (100.0%)	0,596	
Parcialmente	4 (17.4%)	2 (22.2%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)		

Tecnologia ou Sistema Digital de Acompanhamento das Ações	Sim	2 (8.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0,045
	Não	18 (78.3%)	7 (77.8%)	10(100.0)	1 (25.0%)	
	Parcialmente	3 (13.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	
Tempo Adequado para Realizar as Atividades	Sim	4 (17.4%)	4 (44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,024
	Não	12 (52.2%)	4 (44.4%)	7 (70.0%)	1 (25.0%)	
	Parcialmente	7 (30.4%)	1 (11.1%)	3 (30.0%)	3 (75.0%)	
Falta Capacitação dos Profissionais impactam nas Ações	Sim	18 (78.3%)	6 (66.7%)	9 (90.0%)	3 (75.0%)	0,462
	Parcialmente	5 (21.7%)	3 (33.3%)	1 (10.0%)	1 (25.0%)	
Dificuldades Integração entre Educação e Saúde	Sim	8 (34.8%)	1 (11.1%)	6 (60.0%)	1 (25.0%)	0,006
	Não	10 (43.5%)	7 (77.8%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	
	Parcialmente	5 (21.7%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	3 (75.0%)	
Considera a Formação Acadêmica Adequada	Sim	12 (52.2%)	9 (100.0%)	1 (10.0%)	2 (50.0%)	0,003
	Não	8 (34.8%)	0 (0.0%)	7 (70.0%)	1 (25.0%)	
	Parcialmente	3 (13.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	1 (25.0%)	

Fonte: Elaboração própria (2025)

6 DISCUSSÃO

Diante dos resultados apontados em relação a caracterização do perfil sociodemográfico indica uma predominância do sexo feminino entre os profissionais da equipe de saúde bucal, o que sinaliza uma continuidade da tendência de feminização na atenção básica em saúde e nos serviços de saúde. Segundo SILVA & MELO (2020), pode indicar maior adesão de mulheres aos perfis de cuidado e promoção em saúde, especialmente em contextos de educação em saúde, isso tem uma melhor atuação da classe feminina.

A faixa etária com maior apresentação foi 31-40 anos e o tempo de atuação predominantemente superior a 10 anos onde mostra que a equipe possui uma razoável maturidade técnica, o que favorece a implantação de ações sistemáticas e contínuas. Segundo RODRIGUES *ET AL.* (2022), profissionais com maior tempo de serviço tendem a criar vínculos mais sólidos com a comunidade escolar, permitindo maior efetividade nas intervenções e com isso gerar continuidade delas.

O fato de a maior parte dos profissionais atuarem diretamente na zona urbana revela uma possível limitação no alcance de áreas rurais, onde a ação preventiva também é crucial. Essa diferença espacial demonstra que as ações do PSE ainda estão mais concentradas em regiões urbanas, o que pode refletir desigualdades no acesso e na cobertura das políticas públicas de saúde bucal. Conforme estudo de Nguyen *et al.* (2021) sobre educação em saúde bucal em escolas, a cobertura desigual entre áreas urbanas e rurais permanece como desafio persistente.

Estudos recentes, como o de Rodrigues *et al.* (2022), demonstram que as desigualdades entre contextos urbanos e rurais influenciam o acesso a recursos, capacitação e suporte técnico, afetando diretamente a qualidade e a confiança na execução das ações em saúde bucal. Em consonância, pesquisa nacional sobre promoção de saúde nas escolas evidenciou que instituições localizadas em regiões com melhor estrutura socioeconômica apresentavam melhores índices de desenvolvimento de práticas educativas em saúde (FERREIRA *et al.*, 2021). Pode-se dizer que esses achados reforçam a importância de considerar o território como elemento determinante na efetividade do PSE, uma vez que as condições de trabalho, a logística e o apoio institucional interferem diretamente na autopercepção de preparo dos profissionais.

Diante dessas evidências, torna-se essencial repensar as estratégias de qualificação e apoio às equipes que atuam no PSE, especialmente naquelas inseridas em contextos rurais. A implementação de programas de educação permanente, oficinas práticas e uso de tecnologias digitais pode contribuir para a democratização do acesso à formação e à atualização técnica dos profissionais. Segundo Almeida e Porto (2024), a educação continuada baseada em metodologias ativas e recursos tecnológicos tem mostrado impacto positivo na ampliação da competência dos profissionais de saúde, promovendo maior segurança e resolutividade nas ações intersetoriais.

Observou-se que profissionais com formação de pós-graduação apresentaram maior sentimento de preparo em comparação àqueles com formação técnica, o que demonstra a relevância da qualificação acadêmica na construção de competências para atuação intersetorial. Segundo Silva *et al.* (2023), a formação acadêmica ampliada favorece não apenas o domínio de conteúdos técnicos, mas também o desenvolvimento de habilidades reflexivas e comunicativas, indispensáveis à execução de ações educativas em saúde. De modo semelhante, Costa e Andrade (2022) ressaltam que a qualificação continuada potencializa a autoconfiança profissional e fortalece o desempenho nas práticas de promoção da saúde em ambiente escolar, contribuindo para uma atuação mais crítica e efetiva. Nesse sentido, os resultados observados refletem o que a literatura aponta: o avanço da escolaridade está intimamente relacionado à percepção de competência técnica e segurança na execução das ações do PSE, conforme já evidenciado por estudos sobre a associação entre conhecimento, atitude e preparo de profissionais da odontologia no Brasil (SANTOS *et al.*, 2023).

Assim, o perfil sociodemográfico aponta aspectos favoráveis (experiência, formação) para a atuação, mas também indica fragilidades relativas à cobertura territorial e à potencial rotatividade/trabalho temporário que apresenta maior impacto na continuidade das ações. Este dado tem uma evidência do tamanho da fragilidade das relações de trabalho de parte significativa dos profissionais, o que pode impactar na continuidade e na qualidade das ações do programa e o que demonstra familiaridade com as práticas da Atenção Primária em Saúde e maior capacidade de integração das ações com o ambiente escolar. Segundo Paim *et al.* (2020), a precarização dos vínculos trabalhistas nas equipes de saúde da família compromete

a continuidade das ações e enfraquece a relação entre profissionais e comunidade, refletindo diretamente na qualidade da atenção prestada.

Ressalta-se uma alta proporção de profissionais que realizam ações no âmbito do PSE e que afirmam conhecer suas diretrizes demonstra um grau significativo de implementação e institucionalização do programa entre as equipes de saúde bucal. Conforme Silva Rosa *et al.* (2023), a ação efetiva do PSE depende justamente dessa articulação entre saúde e educação, na qual o conhecimento das diretrizes (políticas, técnicas) favorece a coerência das intervenções.

Estudo recente aponta que profissionais de saúde bucal cuja formação e capacitação continuada são mais robustas tendem a participar mais ativamente de ações de promoção e prevenção (Paredes *et al.*, 2025). Esse achado reforça a hipótese de que não apenas o conhecimento técnico, mas também a estrutura institucional e a motivação influenciam a adoção de campanhas escolares de saúde bucal, de modo que os que se consideram menos preparados podem ser excluídos dessas práticas.

As atividades de promoção da saúde bucal em escolas sublinham que programas educacionais e preventivos, quando articulados com as práticas clínicas, favorecem a melhoria dos indicadores de higiene e saúde bucal (CONRADO *et al.*, 2023). Logo, a falta de participação em atendimento clínico por parte dos profissionais que se sentem menos preparados pode significar uma menor integração da clínica com a promoção/intervenção escolar, limitando o êxito global das ações do PSE.

Segundo Silva *et al.* (2023) a educação em saúde bucal na escola configura uma estratégia de promoção de saúde pública quando está integralmente inserida na rotina escolar. Isso está de acordo com a literatura que defende que programas escolares eficazes vão além do atendimento clínico e incorporam a educação a um ambiente escolar favorável e políticas de saúde integradas (AKERA *et al.*, 2022). No entanto, a periodicidade irregular das ações realizadas apenas mensais sinaliza grande fragilidade operacional, uma vez que a repetição e continuidade são aspectos críticos para mudança de comportamento e impacto em saúde bucal a médio e longo prazo (KUMAR *et al.*, 2023).

Sobre a competência digital para o registro das atividades, Lemos e Costa (2023), afirmam que “a competência digital é hoje indispensável para a efetividade das práticas em saúde pública”, favorecendo o registro e a análise das ações escolares.

Oliveira et al. (2024) destacam ainda que o uso de sistemas informatizados fortalece a comunicação entre saúde e educação, ampliando a resolutividade das atividades. Assim, a limitação no domínio dessas tecnologias pode comprometer o preparo técnico e a integração intersetorial, reforçando a necessidade de capacitação digital contínua para os profissionais de saúde bucal.

Outro aspecto relevante que merece ser destacado é o horário protegido nas agendas para a realização das atividades de promoção de saúde pelas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. De acordo com Santos e Rodrigues (2023), a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de tempo impactam diretamente a qualidade das ações de promoção da saúde na atenção básica. Nesse mesmo sentido, Silva et al. (2022) ressaltam que o planejamento do tempo e a adequação da carga horária são determinantes para a efetividade das atividades intersetoriais do PSE. Assim, a falta de tempo disponível pode limitar o engajamento dos profissionais e comprometer a continuidade das práticas educativas em saúde bucal.

Sobre a promoção de saúde no ambiente escolar, segundo Bramantoro et al. (2021), depende prioritariamente da articulação intersetorial entre saúde, educação e comunidade. Em escolas com uma cultura de promoção de saúde integrada, os resultados são mais consistentes e duradouros. Entretanto, há desafios de maior escala: cerca de 34,8 % dos profissionais relataram dificuldades de integração com outras políticas públicas (como alimentação escolar, esporte ou cultura), apontando para a fragilidade na transversalidade. Essa transversalidade é considerada crucial por Buss e Pellegrini-Filho (2007) para que a promoção da saúde ultrapasse o âmbito clínico ou isolado e se torne política pública efetiva e sustentável.

Deve-se destacar que a literatura recente aponta que a inclusão de educadores no processo de promoção de saúde bucal é um fator de multiplicação dos resultados e com isso quando professores participam, reforçam a cultura de saúde no ambiente escolar e facilitam a manutenção das ações (Oliveira; Pinto, 2023). A ausência ou escassez dessa articulação pode limitar o alcance das ações e reduzir a sustentabilidade dos ganhos.

Diante disso, embora as equipes demonstrem forte mobilização e alinhamento com a lógica do PSE, os dados indicam que há necessidade de reforço em termos de sistematização (cronograma fixo, monitoramento), integração com a escola e continuidade das ações para alcançar impactos mais robustos.

Outra questão relevante que deve ser discutida é a necessidade de fortalecimento da relação entre saúde e educação, com o objetivo de potencializar a qualidade dos serviços prestados à população. De acordo com Carvalho e Nascimento (2023), a cooperação entre profissionais da saúde e da educação é elemento central para o êxito das ações do PSE, exigindo comunicação contínua e planejamento conjunto. No mesmo sentido, Lima *et al.* (2022) afirmam que a interdisciplinaridade e o trabalho colaborativo fortalecem o vínculo entre as equipes e ampliam o impacto das ações de promoção da saúde nas escolas. Assim, a ausência de integração entre os setores pode comprometer a execução plena das atividades, reforçando a necessidade de estratégias que estimulem o diálogo e a corresponsabilidade intersetorial.

Para Souza *et al* (2021), a sobrecarga de atribuições e a carência de formação permanente estão entre os principais fatores que comprometem a qualidade das ações intersetoriais de saúde bucal no Programa Saúde na Escola, tornando-as mais pontuais e menos integradas à rotina pedagógica.

Sobre a formação acadêmica Chaves *et al.* (2024) ressaltam que a formação tradicional em odontologia tende a enfatizar o atendimento clínico e curativo, o que pode não atender plenamente às demandas das ações intersetoriais de promoção da saúde bucal em escolas. RODRIGUES *et al.* (2022) reforçam que competências pedagógicas, de mobilização comunitária e uso de metodologias participativas são determinantes para a efetividade dos programas escolares de saúde bucal.

Conforme Souza e Andrade (2023), a formação voltada à promoção da saúde e à atuação interdisciplinar é determinante para o êxito das ações educativas em saúde escolar. Do mesmo modo, Costa *et al.* (2021) ressaltam que a ausência de capacitação específica compromete a autoconfiança dos profissionais e reduz o alcance das atividades integradas entre saúde e educação. Dessa forma, o fortalecimento da formação acadêmica e continuada torna-se essencial para ampliar o preparo e a efetividade das equipes do PSE.

Seguindo a avaliação dos desafios destaca-se a infraestrutura inadequada nas escolas e a limitação de materiais e equipamentos. Esse cenário encontra respaldo em estudos que apontam as barreiras de recursos físicos e logísticos como um dos principais obstáculos para a promoção de saúde bucal em ambientes escolares (SAMARAWICKRAMA *et al.*, 2024).

Desse modo, a literatura recente mostra que programas escolares de saúde bucal têm conseguido impacto positivo sobre conhecimento, comportamento e até indicadores clínicos quando bem estruturados (ELSADEK *et al.*, 2023; MOREIRA *et al.*, 2022). Isso reforça que não basta realizar as ações, é necessário verificar como elas são realizadas, sua frequência, articulação e adequação ao contexto escolar. Portanto, os desafios identificados devem ser vistos como alvos estratégicos de melhoria para que o PSE em saúde bucal evolua como política pública consolidada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico e profissional das equipes de saúde bucal revelou um grupo predominantemente feminino, com faixa etária entre 31 e 40 anos e significativa experiência profissional na atenção básica. Observou-se que a maioria possui mais de dez anos de atuação, o que reflete maturidade técnica e conhecimento consolidado sobre as práticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Verificou-se ampla participação das equipes nas atividades do PSE, com predominância de ações educativas e preventivas, como palestras, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e orientação sobre alimentação saudável. A alta frequência dessas práticas demonstra o alinhamento das equipes com as diretrizes ministeriais e a priorização do caráter pedagógico da promoção da saúde bucal. Todavia, constatou-se irregularidade na periodicidade das ações e limitações estruturais para a execução de atendimentos clínicos e triagens, sugerindo que, embora as equipes estejam comprometidas, há entraves logísticos e organizacionais que comprometem a integralidade do cuidado no ambiente escolar.

No que se refere aos desafios e potencialidades, os resultados evidenciaram que a falta de infraestrutura adequada nas escolas, a escassez de materiais e o tempo insuficiente para o desenvolvimento das atividades ainda constituem obstáculos significativos para a efetividade do programa. Soma-se a isso a carência de capacitações continuadas específicas sobre o PSE, relatada por grande parte dos profissionais. Apesar dessas fragilidades, destacaram-se como potencialidades a boa articulação entre profissionais de saúde e professores, o vínculo com a comunidade escolar e a percepção positiva quanto ao impacto das ações educativas na formação dos estudantes. Esses elementos demonstram que o PSE possui uma base sólida de atuação intersetorial, com potencial de ampliação mediante apoio técnico e político mais efetivo.

Por fim, propõe-se o fortalecimento das estratégias de atuação das equipes de saúde bucal no PSE por meio da ampliação das ações de formação continuada, do incentivo à elaboração de planejamentos intersetoriais e da melhoria das condições estruturais para a execução das atividades. O aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação também se faz necessário, permitindo ajustes contínuos nas práticas e maior alinhamento às demandas locais. Assim, o estudo reafirma a relevância do PSE como política pública essencial para a promoção da saúde bucal e

para a consolidação da atenção básica, destacando que o investimento em capacitação, recursos e articulação entre os setores é fundamental para o alcance de resultados mais integrados e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. R.; PORTO, M. G. Educação continuada em saúde bucal: tecnologias e práticas colaborativas no fortalecimento das ações intersetoriais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 1–12, 2024. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/odontologico/article/view/6082>>. Acesso em: 15 maio. 2025.
- AKERA, S. H. COSTA, A. L.; SILVA, M. P. Eficácia dos programas escolares de triagem odontológica na prevenção de doenças bucais em crianças. **Revista Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 79, n. 3, p. 1-10, 2022. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000100009>. Acesso em: 15 maio. 2025.
- BRAMANTORO, M. A.; SILVA, F. A. COSTA, A. L. Articulação intersetorial na promoção de saúde no ambiente escolar: desafios e potencialidades. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 1-10, 2021. Disponível em:<<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/dLk74dqxDGwVJcHLN5DYWj/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 28 junho. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.
- BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 30 setembro. 2025.
- BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 06 dez. 2007. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 18 agosto. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Saúde na Escola – PSE**. Brasília: MS, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2010b.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Estabelece regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola – PSE**. Dados e relatórios 2024–2025.

BRITO, Gabriel. **Saúde da Família: 30 anos de um dos pilares do SUS**. Brasil de Fato, 14 out. 2024.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A intersetorialidade na promoção da saúde: desafios para a construção de políticas públicas efetivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 1-10, 2007. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/physis/a/wcqNQQKzjKH7jM4hyRDCYVc/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 28 junho. 2025.

CARVALHO, R. A.; NASCIMENTO, E. P. Intersetorialidade e cooperação entre saúde e educação no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, p. 211-220, 2023. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvvwZHvy6G76MrjfJ/?format=pdf&lang=pt&utm_source>. Acesso em: 29 outubro. 2025.

CHAVES, S. S.; LIMA, M. M.; COSTA, A. L. Lacunas formativas na atuação dos profissionais de saúde bucal no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação em Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2024. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/rbes>>. Acesso em: 11 outubro. 2025.

COSTA, P. L.; ANDRADE, S. R. Formação e qualificação profissional em saúde bucal no contexto do Programa Saúde na Escola. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 6, n. 1, p. 45–53, 2022. Disponível em:<<https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/3039>>. Acesso em: 16 setembro. 2025

COSTA, É. A. G. C; GONÇALVES; L. T. L; MELO, V. B; *et al.* Intersetorialidade em Educação e Saúde na atuação de psicólogas(os) na educação básica no Ceará. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 1-18, 2025. Disponível em:<https://file:///C:/Users/DiegodePaula/Downloads/Intersetorialidade_em_Educacao_e_Saude_na_atuacao_.pdf>. Acesso em: 16 setembro. 2025

COSTA, E. L.; FERREIRA, G. M.; LIMA, T. R. Educação permanente e qualificação dos profissionais da atenção básica no contexto do PSE. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 201–210, 2021. Disponível em:<<https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-847293>>. Acesso em: 16 novembro. 2025

CONRADO, C. A.; MACIEL, S. M.; OLIVEIRA, M. R. A school-based oral health educational program: the experience of Maringá-PR, Brazil. **J. Appl. Oral Sci.**, 2023. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/jaos/a/DWVhQcb9sGYk4GJFzJ8GCRG/?lang=en>>. Acesso em: 10 agosto. 2025

DRUM, Vanessa Oliveira. **Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola: uma revisão narrativa de literatura.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2025.

ELSADEK, S. A.; ALMEIDA, M. S.; PEREIRA, A. L. Impacto dos programas escolares de saúde bucal sobre indicadores clínicos: uma revisão sistemática.

Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2023.

Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/cL7Ym9gZJm7HnGyQrVkJtRs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21 agosto. 2025

FERREIRA, R. C.; LIMA, A. M. BARBOSA, G. N. Ambiente escolar e promoção da saúde bucal: evidências da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Revista de Saúde Pública, v. 55, n. 93, p. 1–9, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/zZztnrGYG3hq69T37KwJJGt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 setembro. 2025

FORATORI-JUNIOR, Gerson Aparecido; DE SOUZA, Julian Moura Storniolo. A importância do sistema único de saúde para o Brasil.

Facit Business and Technology Journal, v. 1, n. 28, 2021. Disponível em:

<https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1076>. Acesso em: 18 setembro. 2025

FREITAS, M. R. **Promoção da saúde na escola:** desafios e estratégias de implementação. Rio de Janeiro: Editora Saúde, 2017.

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

GOVERNO FEDERAL. Governo federal amplia ações de saúde bucal nas escolas para 26 milhões de estudantes. 24 de maio de 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2015. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KUMAR, R.; SINGH, A.; SHARMA, R. Periodicidade das ações de saúde bucal e seu impacto na mudança de comportamento.

Journal of Dental Research, Nova York, v. 102, n. 5, p. 1-10, 2023. Disponível em:
http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000300002. Acesso em: 18 setembro. 2025

LEMOS, T. R.; COSTA, M. V. Competência digital e inovação tecnológica na atenção primária à saúde: desafios e perspectivas.

Revista Brasileira de Educação Médica, v. 47, n. 2, p. 1-10, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/i/2023.v47n2/>. Acesso em: 24 setembro. 2025

LIMA, D. S.; SANTOS, M. A.; FONSECA, L. R. Interdisciplinaridade e integração de políticas públicas: desafios e perspectivas no PSE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3185–3194, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dJ3pTwdFXs4JgymGZVdPk4w/?format=pdf&lang=pt/>. Acesso em: 12 novembro. 2025

MAGALHÃES, Rosana; SENNA, Mônica de Castro Maia. **Implementation of the Family Health Program in Brazil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. O programa saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 13, n. 4, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/i/2023.v47n2/>. Acesso em: 24 setembro. 2025.

MOREIRA, R. A.; COSTA, A. L.; SILVA, M. P. Avaliação de indicadores clínicos em programas de saúde bucal nas escolas: desafios e avanços. **Revista Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mTzMS5SVLfPWP5fT9bmCdqk/?lang=pt>. Acesso em: 10 novembro. 2025

NGUYEN, P. et al. Policy-Driven Digital Health Interventions for Health Promotion and Disease Prevention: A Systematic Review of Clinical and Environmental Outcomes. **Healthcare (Basel)**, v. 13, n. 18, p. 2319, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mTzMS5SVLfPWP5fT9bmCdqk/?lang=pt>. Acesso em: 16 outubro. 2025

OLIVEIRA, L. F.; MARTINS, A. P.; SANTOS, V. C. Tecnologias digitais e intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 221–230, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KnRzDm5Z8h7Cs379DFr4bCy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 novembro. 2025

OLIVEIRA, M. R.; PINTO, R. S. Capacitação de professores e funcionários escolares na promoção de saúde bucal: desafios e estratégias. **Revista Brasileira de Educação em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/3958>. Acesso em: 16 julho. 2025

PAIM, J. S. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KnRzDm5Z8h7Cs379DFr4bCy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 novembro. 2025

PAREDES, S. O.; FORTE, F. D. S.; LUCENA, E. H. G.; MASSONI, A. C. L.; GALVÃO, M. H. R. Factors associated with the effectiveness of oral health promotion in the Family Health Strategy. **Braz. Oral Res.** 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KnRzDm5Z8h7Cs379DFr4bCy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 novembro. 2025

PEREIRA, A. R. **Promoção da saúde no SUS: desafios e avanços**. São Paulo: Editora Saúde Pública, 2019.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 02, p. 324-335, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 setembro. 2025

RODRIGUES, M. L.; SILVA, F. A.; PEREIRA, A. L. Perfil etário e experiência profissional na equipe de saúde bucal do Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 1-10, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W5MdjCW4ZXThFWBVXBj4J3b/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 16 novembro. 2025.

SAMARAWICKRAMA, S.; WICKRAMASINGHE, S.; PERERA, H. Infraestrutura e recursos como barreiras na promoção de saúde bucal em escolas: uma revisão crítica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, p. 1-10, 2024. Disponível em:<<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21724>>. Acesso em: 21 agosto. 2025.

SANTOS, Edson Manoel dos; ROGGERO, Rosemary. O financiamento e o monitoramento da principal política pública de saúde e educação do Brasil. **Revista on Line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 28, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em:<<https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/19146>>. Acesso em: 27 junho. 2025.

SANTOS, J. R.; LOPES, F. G.; MORAIS, R. F. **Avaliação do preparo e conhecimento de cirurgiões-dentistas frente às práticas de promoção de saúde**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 19, p. 6847, 2023. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/262807/001169755.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 agosto. 2025.

SANTOS, L. A.; RODRIGUES, F. M. Fatores organizacionais e a sobrecarga de trabalho em equipes de saúde bucal da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 1951–1960, 2023. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vpTNMGtXYbJkGfzXLwnQVqg/?lang=pt>>. Acesso em: 28 setembro. 2025.

SCHÄFER, I. et al. **State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: a literature and database research (Scoping Review)**. *BMC Public Health*, v. 22, n. 12607, 2022.

SILVA, M. R. **A trajetória da saúde pública brasileira e os desafios do SUS**. São Paulo: Editora Saúde e Cidadania, 2015

SILVA ROSA, M. A.; SOUSA, D. P.; COSTA, A. L. Diretrizes do Programa Saúde na Escola: análise da implementação das ações. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 1-10, 2023. Disponível em:<

<https://books.scielo.org/id/jnj37/pdf/silva-9786586545722.pdf>. Acesso em: 12 novembro. 2025.

SILVA, E. V.; PEREIRA, L. H.; BARBOSA, D. L. Qualificação e autopercepção de preparo de profissionais da saúde bucal no contexto escolar. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 78–86, 2023. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/phyisis/a/4YSxkfrJvhj5s8spQ8jwFt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 novembro. 2025.

SILVA, P. R.; ALMEIDA, C. A.; LIMA, E. C. Gestão do tempo e integração das ações no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 102–110, 2022. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YRXLVX8RT37Pt78jxqpRLzb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 outubro. 2025.

SILVA, Solange Maria de Almeida da; WAI WAI, Pedro Cohco; GUERRA, Lúcia Dias da Silva; SILVA, Flávia Garcez; REIS, Elaine Cristiny Evangelista dos. A escola como espaço de interlocução e promoção da saúde: caminhos para educação em saúde no contexto da região Amazônica em Santarém (PA). **Revista Educação Popular**, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. 1-20, 2025. Disponível em:< [file:///C:/Users/DiegodePaula/Downloads/rel_9_48%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DiegodePaula/Downloads/rel_9_48%20(1).pdf) <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YRXLVX8RT37Pt78jxqpRLzb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 novembro. 2025.

SITYÁ, D. S. et al. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 3, p. 293-296, set./dez. 2014. Disponível em:< http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122014000300005>. Acesso em: 12 novembro. 2025.

SOUZA, M. R.; ANDRADE, L. P. Formação profissional e competências para atuação no Programa Saúde na Escola. **Revista de Educação em Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 56–64, 2023. Disponível em:< <https://books.scielo.org/id/jnj37/pdf/silva-9786586545722.pdf>>. Acesso em: 12 agosto. 2025

TESSER, C. D.; NICKEL, D. A. *Promoção da Saúde como estratégia de cuidado: revisão crítica da literatura*. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 32, n. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em:< <https://books.scielo.org/id/jnj37/pdf/silva-9786586542343.pdf>>. Acesso em: 11 setembro. 2025

VASCONCELOS, A. S. **Saúde escolar e a formação de hábitos saudáveis: uma análise crítica**. Fortaleza: Editora Universitária, 2020.

APÊNDICE I – Instrumento de Coleta de Dados

Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Este estudo pretende conhecer a percepção de equipe de saúde bucal na prática do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Canindé. Por isso as informações que vossas senhorias nos disponibilizarem serão fundamentais para a qualidade dos dados que esperamos apresentar como resultado. É importante que as dúvidas, caso vocês as tenham sejam esclarecidas para o adequado preenchimento e posterior análise dos dados.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DADOS SOCIODEMOGRÁFICO

1.0- Sexo

- () Maculino
() Feminino

1.1- Orientação Sexual

- () Heterossexual
() Gay
() Lésbica
() Travesti
() Transex
() Bisexual
() Prefiro não responder

1.2- Qual a sua idade?

- () Menos de 25 anos
() 25 a 30 anos
() 31 a 40 anos
() 41 a 50 anos
() 51 anos ou mais

1.3- Qual o seu estado civil?

- () Solteiro(a)
() Casado(a)
() Separado(a)
() Divorciado(a)
() Viúvo(a)

- 1.4-** Qual é o seu nível de escolaridade?
 () Curso técnico em Saúde Bucal
 () Graduação em Odontologia
 () Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)
 () Outro (especificar): _____
- 1.5-** Qual é a sua função no serviço de saúde bucal?
 () Cirurgião-dentista
 () Técnico em saúde bucal
 () auxiliar de saúde bucal
 () Outro (especificar): _____
- 1.6-** Há quanto tempo você trabalha na área da saúde bucal?
 () Menos de 1 ano
 () 1 a 5 anos
 () 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos
- 1.7-** Em quais regiões você trabalha no contexto do PSE?
 () Área urbana
 () Área rural
- 1.8-** Qual é o seu vínculo empregatício?
 () Servidor Público
 () Contrato temporário
 () Cooperado
- 1.9-** Qual tempo que trabalha na estratégia saúde da família
 () menos de 1 ano
 () entre 1 a 5 anos
 () entre 5 a 10 anos
- AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**
- 2.0-** Você conhece as diretrizes técnicas e ações do PSE, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007?
 () Sim
 () Não
- 2.1-** Você participa diretamente das ações do Programa Saúde na Escola (PSE)?
 () Sim
 () Não
- 2.2-** Quais das seguintes atividades você realiza no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE)?

(Marque todas as que se aplicam)

- Realização de exames clínicos de saúde bucal
- Ações educativas sobre higiene bucal
- Aplicação de flúor
- Orientações sobre alimentação saudável
- Identificação e encaminhamento de casos de doenças bucais
- Realização de triagens para doenças bucais
- Atendimento clínico (tratamentos odontológicos)
- Participação em palestras e workshops educativos
- Realização de campanhas de prevenção (como prevenção à cárie)
- Outra(s) atividade(s) (especificar): _____

2.3- Com que frequência você realiza atividades de promoção de saúde bucal nas escolas participantes do PSE?

- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Outra frequência (especificar): _____

2.4- Você realiza ações de prevenção de doenças bucais diretamente com os alunos?

- Sim
- Não

2.5- Você realiza atividades de capacitação para os profissionais da escola (com professores e funcionários) sobre saúde bucal?

- Sim
- Não

2.6- Quais das seguintes estratégias de educação em saúde bucal você utiliza nas escolas participantes do PSE?

(Marque todas as que se aplicam)

- Dinâmicas de grupo
- Palestras educativas
- Materiais educativos (cartazes, folhetos, vídeos)
- Atividades lúdicas (como jogos educativos)
- Oficinas práticas (como escovação e uso do fio dental)
- Outra(s) estratégia(s) (especificar): _____

2.7- Você realiza a triagem e encaminhamento de alunos com problemas bucais para tratamentos no consultório odontológico?

- Sim, com frequência
- Sim, ocasionalmente
- Não realizo encaminhamentos

2.8- As ações realizadas no PSE têm foco apenas nas crianças ou também abrangem os familiares dos alunos?

- Apenas nas crianças
- Nas crianças e também nos familiares

2.9- Como você avalia a adesão dos estudantes às ações de saúde bucal realizadas no PSE?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Não sei avaliar

DIFICULDADES E POTENCIALIDADES NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

3.0 - Você acredita que a infraestrutura das escolas é adequada para a realização das atividades de saúde bucal do programa?

- Sim
- Não
- Parcialmente

3.2- A gestão municipal oferece apoio suficiente para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola?

- Sim

- Não
 Em parte
- 3.3-** A logística de transporte e deslocamento das equipes de saúde bucal para as escolas tem sido eficiente?
 Sim
 Não
 Em parte
- 3.4-** Você tem acesso adequado a materiais e equipamentos para realizar as atividades odontológicas nas escolas?
 Sim
 Não
 Em parte
- 3.5-** A parceria com os professores e a gestão escolar tem sido positiva para o desenvolvimento das atividades do programa?
 Sim
 Não
 Em parte
- 3.6-** Existe alguma tecnologia ou sistema digital que facilite o acompanhamento das ações do Programa Saúde na Escola?
 Sim
 Não
 Não sei
- 3.7-** A equipe de saúde bucal possui tempo adequado para realizar as atividades nas escolas sem comprometer outras responsabilidades?
 Sim
 Não
 Em parte
- 3.8-** A falta de capacitação ou atualização contínua dos profissionais de saúde bucal impacta as ações do programa?
 Sim
 Não
 Às vezes
- 3.9-** Existem dificuldades em integrar as atividades do Programa Saúde na Escola com outras iniciativas de saúde e educação no município?
 Sim
 Não
 Às vezes

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

4.0- Você considera que a formação acadêmica que recebeu foi adequada para atuar nas ações de saúde bucal no contexto do Programa Saúde na Escola?

- Sim
- Não
- Parcialmente

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA- PSE

Pesquisadores responsáveis:

Orientador(a): Dra. Janaína Rocha Telefone: 85-99996-4953;

Orientando(a):Antônio Diego Abreu de Paula diegodepaulaedf@gmail.com.

Telefone: 85-997929173

Convidamos **você** a participar de nossa pesquisa que tem objetivo geral conhecer e analisar A percepção da Equipe de Saúde Bucal na práxis do Programa de Saúde na Escola-PSE, com objetivo geral de conhecer e analisar a percepção equipe de saúde bucal do Programa Saúde na Escola no município de Canindé-Ceará os objetivos específicos são: Delinear aspectos do perfil sociodemográfico e profissional dos cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal vinculados ao PSE; Identificar que ações são realizadas na prática dos cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal da Unidade Básica de Saúde no âmbito do PSE em Canindé e como são desenvolvidas; Conhecer as dificuldades e facilidades encontradas pelos cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal da Unidade Básica de Saúde de Canindé para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE; Avaliar a necessidade de uma formação para os cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal.

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

Durante a execução do projeto e a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar dessa pesquisa e não receberá pagamento por sua participação. A pesquisa apresenta riscos mínimos pois se trata de aplicação de um questionário. Os benefícios

relacionados com a sua participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho.

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

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

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

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Eu, **Antonio Diego Abreu de Paula** declaro que fornecer todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

Orientador (a): Dra. Janaína Rocha: Telefone: 85-99996-4953

Orientando(a): Antonio Diego Abreu de Paula

diegodepaulaedf@gmail.com

Telefone: 85-997929173

APÊNDICE III - Carta de Anuênciac

Declaro, em nome da Secretaria Municipal de Saúde de Canindé- SMS, estar ciente e de acordo com a parceria no projeto denominado: *“A percepção da Equipe de Saúde Bucal na práxis do Programa Saúde na Escola - PSE*, tendo como orientadora a Professora Dra. Janaína Rocha de Sousa Almeida do curso de odontologia.

Conheço as responsabilidades com a instituição coparticipante no presente projeto de pesquisa contribuindo com a estrutura física, ficando os insumos e materiais de consumo sob a responsabilidade do pesquisador.

Declaro ainda, conhecer e cumprir com as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução Nº 466/12. Estou ciente que o referido projeto de pesquisa está sendo submetido, e somente poderá ser iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Fortaleza, 25 de março de 2025

Artur Paiva dos Santos Sánchez
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética da Unichristus



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHristus



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA PRÁXIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE

Pesquisador: Janaina Rocha de Sousa Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87655425.9.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.540.237

Apresentação do Projeto:

O Programa Saúde na Escola - PSE tem como propósito formar cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade. Fruto de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e instituído, em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, o PSE almeja a construção de políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar. O PSE busca