

UBALDO ONÉSIO DE ARAÚJO SILVA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESTADO NUTRICIONAL E
SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES, NA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Jefferson de Medeiros.

Mossoró-RN

2015

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO INTITULADA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESTADO NUTRICIONAL E
SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES, NA CIDADE DE MOSSORÓ-RN.**

Elaborada por

UBALDO ONÉSIO DE ARAÚJO SILVA

COMO REQUISITO FINAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
SAÚDE E SOCIEDADE

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Humberto Jefferson de UERN/RN _____
Medeiros (Orientador)

Prof. Dr. Eduardo José Guerra Seabra UERN/RN _____

Prof.^a Dr^a. Grasiela Piuvezam UFRN/RN _____

**Mossoró - RN
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Aos meus pais *Onessino Onésio da Silva* e *Ubaldina Araújo da Silva* que não mediram esforços para promover a minha educação e formação profissional;

Aos meus filhos, *Ubaldo Filho* e *Maria Augusta*, pelas alegrias que me têm proporcionado em suas vidas;

À *Christiane Fernandes*, esposa e companheira que muito tem participado das minhas jornadas.

Aos professores Dr. Humberto Jefferson de Medeiros e Dr^a Maria Irany Knackfuss pela lealdade, dedicação e confiança em mim depositadas.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço à Deusa Mãe Natureza pela minha existência e proteção divina;
- Agradeço aos meus pais, *Onessino Onésio da Silva* e *Ubalдина Araújo da Silva* pela orientação dada em busca do bom caráter;
- Agradeço ao meu Professor Orientador Dr. *Humberto Jefferson de Medeiros* pelo apoio, compreensão e dedicação no meu ensinamento;
- À Professora Dr^a *Maria Irany Knackfuss*, agradeço pela grande ajuda e colaboração dispensadas durante todo curso;
- Ao Professor *Gleudson Mendes Rebouças*, pela colaboração dada na construção da análise estatística desse trabalho;
- A todos (as) Professores (as) Doutores (as) do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da UERN que colaboraram com o engrandecimento de meus conhecimentos;
- Aos Professores (as) que colaboraram participando das bancas de qualificação e defesa dessa Dissertação;
- A todos (as) colegas mestrandos do PPGSS das turmas 2012, 2013 e 2014, pelo companheirismo e ajuda recebida durante o curso.
- A todos os funcionários da UERN (FAEN, FAEF) que colaboraram com o desfecho dessa conclusão;
- A Prefeitura Municipal de Mossoró/RN, através das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação que permitiram a realização dessa pesquisa em suas escolas e Unidades Básicas de Saúde;

- Aos Diretores e Funcionários das Escolas e Unidades Básicas de Saúde Municipais que participaram e colaboraram com a realização dessa pesquisa;

- Aos Pais e Alunos que concordaram participar dessa pesquisa concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

	RESUMO	10
	ABSTRACT	12
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O PROBLEMA	13
1.2	OBJETIVOS	16
1.2	OBJETIVO GERAL	16
1.2.1	OBJETIVO ESPECÍFICO	16
1.3	JUSTIFICATIVA	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	A INICIATIVA DAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	18
2.2	O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	22
2.3	ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DE ESCOLARES	25
2.4	A SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES	28
3	METODOLOGIA.	31
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	31
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO	32
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
3.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	34
3.4.1	Diretrizes do PSE	34
3.4.2	Estado nutricional	34
3.4.3	Saúde Bucal	35
3.5	ANALISE ESTATISTICA	35
4	RESULTADOS	38
5	CONCLUSÕES E SUGESTÕES	61
6	REFERÊNCIAS	63
	ANEXOS	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Resultados gerais do Tratamento do Alceste	38
TABELA 02	Variáveis antropométricas dos escolares atendidos no Programa Saúde na Escola, por região e sexo, Mossoró-RN, 2013.	52
TABELA 03	Estado nutricional (IMC) dos escolares atendidos no Programa Saúde na Escola, por região e sexo, Mossoró-RN, 2013.	55
TABELA 04	Distribuição dos dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) da amostra masculina e feminina, por região geográfica da cidade de Mossoró-RN, 2013.	56
TABELA 05	Medidas de associação do CPO-D com o IMC e Idade, em função do sexo, nas regiões geográficas da cidade de Mossoró-RN, 2013.	58

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	Histórico da Evolução da Relação saúde/educação no Brasil.	15
QUADRO 2	Alunos matriculados e selecionados das escolas pactuadas por região, na cidade de Mossoró-RN, 2013.	34
FIGURA 1	Dendograma produzido pela análise do corpus referente às entrevistas realizadas com os gestores do PSE- Mossoró/RN, 2013.	39

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CPO-D – Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Restaurados)
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS – Índice de Desempenho do SUS
IMC – Índice de Massa Corporal
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
Phi – Unidade de Grandeza do Alceste versão educação 2012
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCE – Unidade de Contexto Elementar
UCI – Unidade de Contexto Inicial

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo governo federal com a finalidade de envolver os setores da saúde e da educação, para a ampliação das ações de saúde dos escolares da rede pública de ensino visando estimular a promoção à saúde, a prevenção de doenças e o cuidado da saúde dessa população. Estudo transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, objetivou analisar a relação entre as diretrizes do Programa Saúde na Escola e a melhoria do estado nutricional e da condição de saúde bucal dos escolares da cidade de Mossoró-RN no ano de 2013. Participaram da pesquisa 12 gestores municipais, 09 profissionais da equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família e 403 escolares na faixa etária de 07 a 15 anos, de ambos os sexos, matriculados e pactuados no programa, no referido ano. Para a coleta dos dados foi realizada uma entrevista semiestruturada com gestores e membros da equipe multiprofissional da estratégia saúde da família, versando sobre os componentes do macrossistema proposto por Bronfenbrenner (ações, estrutura, intercâmbios, oportunidades e recursos), exame clínico com os escolares selecionados para verificação da condição de saúde bucal (CPO-D), uma balança digital eletrônica da marca Kratos-Cas®, capacidade máxima de 150 kg e sensibilidade de 50g e estadiômetro da marca SECA® (escala de precisão de 0,1cm), para verificação do índice de massa corporal (IMC) desses escolares. A análise do material coletado nas entrevistas foi processado pelo software de análise quantitativa de dados textuais o Alceste – Analyse Lexicale par Contexte d`um Esemble de Segments de Texte. Como análise inferencial, utilizamos o teste t para amostras independentes nas comparações das variáveis em função do sexo e uma análise de variância (ANOVA) para as comparações entre as regiões. Todas as análises mantiveram um nível de confiança de 95% para um erro do tipo I ($p < 0,05$). Os resultados apontam que a gestão do programa apresenta fragilidades quanto a execução de suas ações, infraestrutura, intercâmbios, oportunidades e priorização de seus recursos, dificultando dessa forma, a implementação das ações de saúde bucal e estado nutricional dos escolares. Com relação aos dados antropométricos (peso, estatura e IMC), não se encontrou diferença significativa entre as regiões e sexo. Em relação ao estado nutricional constatou-se que o grupo

masculino, classifica-se como eutróficos (66,3%), Baixo Peso (17,6%) e obesos (16,1%), e o grupo feminino como eutróficos (70,7%), Baixo Peso (14,1%) e obesos (15,2%). Para o CPO-D, encontrou-se diferença significativa entre a região Sul e Oeste para o sexo masculino ($p=0,005$), estando os escolares da região sul em pior condição de saúde bucal. Na relação CPO-D e IMC, foi encontrada associação moderada apenas na região oeste ($r= -0,39$). Assim sendo, conclui-se que a gestão do Programa Saúde na Escola do município de Mossoró-RN cumpriu apenas, parcialmente, com a efetividade de suas diretrizes no ano de 2013, provavelmente devido a uma fragilidade nessa intersetorialidade, dificultando o alcance de uma melhor qualidade de saúde para os escolares.

Palavras chave: Políticas públicas, saúde bucal, estado nutricional, escolares.

ABSTRACT

The Health at School Program was established by the federal Government with the purpose of involving the health and education sectors for the expansion of actions towards the health of schoolchildren attending public schools, aiming to promote, prevent, and care for health. The objective of this descriptive study with a qualitative and quantitative approach was to analyze the relationship between the guidelines of the Health at School Program and the improvement in the nutritional status and oral health condition of schoolchildren in the city of Mossoró - RN. The participants included 12 municipal managers, 09 professionals from the multidisciplinary team of the Family Health Strategy, and 403 schoolchildren aged 07 to 15 years old, from both genders, enrolled and agreed upon participating in the program in the year 2013. A semi-structured interview, clinical examination of the oral health condition, an electronic digital scale brand Kratos-Cas® with maximum capacity of 150 kg and 50 g sensitivity, and a stadiometer brand Seca® (with a precision scale of 0.1 cm) were used for data collection. The results indicate that the program management presents weaknesses regarding the implementation of actions, infrastructure, exchanges, opportunities, and the prioritization of resources hindering the implementation of actions for oral health and nutritional status in schoolchildren. The anthropometric data (weight, height, and BMI) did not show a significant difference between regions and gender. The nutritional status data showed that the male group is classified as eutrophic (66.3%), Low Weight (17.6%), and obese (16.1%) and the female group as eutrophic (70.7%), Low Weight (14.1%), and obese (15.2%). The CPO result showed a significant difference between the Southern and Western region in males ($p = 0.005$). The CPO and BMI relationship showed a moderate association only in the Western region ($r = -0.39$). Therefore, it is concluded that the management of the Health at School Program in the city of Mossoró - RN is only partially executing the effectiveness predicted in its guidelines, probably due to the fragility of this intersectoral approach, hindering the achievement of a better quality of health care for schoolchildren.

Keywords: Public policies, oral health, nutritional status, schoolchildren.

I INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA

A sociedade há muito vem desenvolvendo programas de saúde em vários espaços comunitários na busca pela melhoria da qualidade de vida do ser humano. Dentre esses, destaca-se o espaço escolar através da relação saúde-educação para ampliação das ações de saúde de sua comunidade.

As mudanças decorrentes do entendimento do processo saúde-doença, verificados, principalmente, a partir da segunda metade do século XX influenciaram pesquisadores e governos ao enfrentamento dessa nova realidade.

O Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974) foi uma das principais iniciativas na busca de pressupostos que compreendessem os determinantes de saúde, embasando novos modelos de atenção à saúde em todo o mundo (BRASIL, 2002; MACDOUGALL, 2007).

Ao originar o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Federal do Brasil de 1988 trouxe em seu arcabouço jurídico a plataforma para essa mudança, o que representou um grande marco na reorientação da saúde pública nacional, especialmente, para as políticas de promoção da saúde. Assegurado como dever do estado e direito de todos, regido pelos princípios fundamentais da universalidade, integralidade, equidade e participação social, essa nova visão de saúde explicita a mudança de paradigma que passa do assistir para a vigilância e o cuidado, buscando a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A atuação multidisciplinar e intersetorial, Com a criação do SUS, passaram a ter relevância para o alcance das metas propostas para a mudança do modelo assistencial. Por haver um campo de competência e de responsabilidade compartilhados é necessário desenvolver práticas que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca de conhecimentos entre os membros da equipe e entre os profissionais e

usuários, na atenção individual e coletiva, em um processo de discussão em equipe.

Essa integração já está prevista na Carta de Ottawa que diz em seu texto “[...] É essencial proporcionar meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário [...]”, (FIGUEIREDO, 2010).

As experiências sanitárias anteriores que envolviam os setores da saúde e da educação no Brasil, tinham como objetivo “Consertar” os desvios físicos e psíquicos ligados ao comportamento/disciplina, via medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2009).

Em consonância com os dispositivos legais, a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria Nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, posteriormente substituída pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 asseguram que o cuidado da saúde da população possa ser realizado no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, em outros espaços da comunidade, inclusive, nas escolas, (BRASIL, 2012).

Com esse objetivo, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, visando à integração das ações de saúde na comunidade educativa, em consequência às críticas da pouca efetividade dessa atuação no espaço escolar e pelo fortalecimento das políticas de promoção vigentes, visto que a universalização de direitos fundamentais presentes nos dois setores determina suas afinidades em relação às políticas públicas favorecendo essa intersectorialidade (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a educação e a escola passam a ter relevância como instrumentos de favorecimento para o alcance da formação de sujeitos capazes de influenciar sobre a saúde individual e da comunidade a que pertencem, atuando sobre os vários tipos de determinantes bio-psico sociais. Através do desenvolvimento de processos de ensino aprendizagem, a escola desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social, atuando, dessa forma, no empoderamento da sociedade frente às adversidades.

Reforçando essa ideia, Freire (1996), enfatiza que a formação representa muito mais do que puramente treinar o escolar no desempenho de destrezas, pois abrange todas as dimensões da vida humana, o que para Barbosa (2013), torna a autonomia e a dignidade de cada um, imperativo ético e não um favor de uns para com os outros (BARBOSA, 2013).

Com foco nesse cuidado, a Estratégia Saúde da Família, juntamente com a Educação Básica brasileira é responsabilizada para promover estratégias integradas, articuladas e permanentes entre as políticas de educação e de saúde, visando o cuidado integral a toda comunidade escolar. Para isso acontecer, é necessária a aplicação de saberes específicos de forma compartilhada, estabelecendo a melhor estratégia de ação para resolução dos problemas do processo saúde-doença de uma população com humanização, integralidade e vínculo.

Assim, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Governo Federal através do decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, objetivando o envolvimento dos setores da saúde e da educação, para a ampliação das ações de saúde dos escolares da rede pública de ensino e de toda comunidade escolar visando trabalhar a promoção, a prevenção e o cuidado da saúde, tendo como ponto de partida o que eles sabem e o que eles podem fazer capacitando-os a incorporação de atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Quadro 1 – Histórico da evolução da relação saúde/educação no Brasil.

Medicalização da Escola (Higiene do escolar) – Início do Século XX
Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (Promoção da Saúde do escolar) – 1995
Programa Saúde na Escola (Promoção, prevenção e atenção à saúde) – 2007

As ações previstas para o cuidado à saúde dos escolares no âmbito do PSE devem abranger atividades de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças contemplando dentre essas àquelas existentes no componente I (Avaliação Clínica e Psicossocial), Componente II (Promoção e prevenção à saúde) e no Componente III (Educação Permanente e capacitação

profissional), desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola do município de Mossoró-RN no ano de 2013, cujos dados referentes à Avaliação Antropométrica, Estado Nutricional e condição de Saúde Bucal dos escolares foram utilizados para análise em nosso estudo.

O Programa Saúde na Escola foi instituído há pouco tempo, e por isso são escassas as informações de sua efetividade nos municípios brasileiros, o que leva ao desconhecimento de que suas diretrizes estejam sendo efetivamente postas em prática para a melhoria da saúde dessa população, como por exemplo, da melhoria do estado nutricional e da saúde bucal desses escolares.

Portanto, a configuração de práticas socioculturais da comunidade escolar vão além dos limites da escola, justificando-se, pois, um Programa de Saúde na Escola inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, tamanha a importância desse espaço para o desenvolvimento desses escolares, de seus familiares e de todos do seu entorno (BRASIL, 2009).

Desse modo, desenvolvemos uma investigação no Programa Saúde na Escola do município de Mossoró-RN, a partir das ações de avaliação do estado nutricional e da condição de saúde bucal, procurando responder ao seguinte problema: As diretrizes do Programa Saúde na Escola implementadas pela gestão e equipe multidisciplinar oportunizam a melhoria do estado nutricional e da condição de saúde bucal dos escolares, na cidade de Mossoró-RN?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre as diretrizes do Programa Saúde na Escola e a melhoria do estado nutricional e da condição de saúde bucal dos escolares, na cidade de Mossoró-RN.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar, na percepção dos gestores e dos membros da equipe multiprofissional, as ações, estruturas, intercâmbios, oportunidades e recursos do PSE desenvolvido no município de Mossoró-RN;
- Classificar o estado nutricional dos escolares envolvidos nesse programa;
- Identificar o estado de saúde bucal (CPO-D) desses escolares;
- Associar o IMC com o CPO-D dos escolares pesquisados;
- Comparar os valores de IMC e CPO-D apresentados pelos escolares participantes do PSE nas diferentes regiões da cidade de Mossoró-RN.

1.3 JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista social, esse trabalho justifica-se pelo fato de procurar mostrar como o Programa Saúde na Escola, que é, em parte, financiado com recurso oriundo do Governo Federal, busca melhorar a saúde da comunidade escolar e conseqüentemente, a qualidade de vida dessa população, em consonância com as políticas públicas sociais estabelecidas a partir do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Para a academia, vislumbra a oportunidade de aprofundar conhecimentos na execução, implementação e eventual necessidade de correção do que foi originalmente proposto para o Programa Saúde na Escola, junto ao município de Mossoró e todos os outros municípios brasileiros.

Do ponto de vista pessoal, é satisfatório pesquisar a execução desse programa, observando o cumprimento de metas propostas quando de sua pactuação, verificando como ocorre a atuação multidisciplinar entre os profissionais que nele atuam e qual o nível de cumprimento de suas diretrizes, possibilitando a construção de um instrumento para sua avaliação.

II REVISAO DA LITERATURA

2.1 A INICIATIVA DAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Os primeiros estudos mundiais sobre a saúde escolar se deram a partir da publicação do guia “O Sistema Frank” em 1779 na Alemanha. No Brasil, o início da relação saúde-escola remonta à própria institucionalização da escola pública e democrática, que ocorreu no início do século XX. Inicialmente, a atenção à saúde escolar brasileira teve como base a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura através da inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino e pela difusão de regras de viver para professores e alunos (FIGUEIREDO et al, 2010).

Com a hegemonia do paradigma biologicista firmado a partir do século XVIII passou-se acreditar que qualquer alteração que envolvesse o ser humano estava relacionada à sua constituição biológica, classificando-o de sadio ou doente, uma vez que estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença (CAPRA, 2012).

Assim, aquelas pessoas, incluídas as crianças, que apresentassem alguma alteração na sua capacidade de compreensão e aprendizado passaram a ser consideradas insanas parcial ou total, cabendo à saúde, especialmente, aos médicos, tratar as suas “incapacidades”.

Tenta-se descobrir, desde então, por que algumas crianças conseguem desenvolver o seu aprendizado muito rapidamente ou dentro do tempo considerado normal, enquanto outras apresentam dificuldade para esse aprendizado. O propósito de garantir saúde para que os escolares desenvolvessem condições favoráveis para a aprendizagem, diminuindo a evasão, a repetência e, portanto, combatendo o chamado fracasso escolar, sempre esteve associado a algum distúrbio de ordem biológica e ou psicológica, procurando deslocar os problemas do processo ensino-aprendizagem do âmbito da educação para o da saúde.

Desse modo, deu início a história da medicalização na escola brasileira, ficando a Puericultura responsável pela transformação de práticas e de atitudes, desenvolvendo desde muito cedo o pensamento de que os setores da saúde e da educação haveriam de caminhar juntos, pois só se teria educação com saúde e para adquirir saúde seria necessária educação. A medicalização da sociedade, através da intervenção do médico em vários lugares e situações, determinava a forma de compreender o mundo (BARBIANI et al, 2014).

Juntos, o saber científico e a medicalização passaram a transformar questões de origem social e política em questões médicas dando-lhes responsabilidade por suas causas e soluções, representando na prática a biologização de conflitos sociais, procurando-se, nessa lógica, responsabilizar o indivíduo pela sua situação de vida e pelo seu destino, determinando assim a sua culpabilização, isentando o sistema sociopolítico, a família e o professor de suas responsabilidades (COLLARES; MOYSÉS, 1989).

Assim, em busca da responsabilização pelo fracasso escolar de crianças e adolescentes, profissionais da educação e da saúde passaram a satisfazer-se com o diagnóstico biológico da incapacidade física como a verdadeira responsável pela dificuldade na aprendizagem, deixando de lado soluções efetivas e eficazes para esse problema, gerando a persistência de um sistema educacional perverso.

Como as práticas medicalizantes não viabilizaram aos escolares condições para a melhoria de sua condição social e de qualidade de vida, não foi possível alterar o quadro da educação, persistindo a evasão, a repetência e a baixa qualidade do ensino, mantendo-se a crítica de que não se deve utilizar a prescrição de medicamentos para casos que não tratam, necessariamente, de doenças ou para aprimoramento cognitivo (ZORZANELLI et al, 2014).

Infere-se, pois, que o discurso para a justificativa da medicalização na educação brasileira era, isto sim, uma pretensão ideológica para encobrir a biologização de aspectos sociais isentando a política a economia e a sociedade de suas responsabilidades (SPAZZIANI, 2001).

A partir do fracasso da experiência medicalizante na escola brasileira passou-se a estabelecer a intersetorialização da educação com vários outros saberes e ciências, inclusive e principalmente com o setor saúde. Essa

parceria apresentava-se como um grande desafio tanto para os profissionais da saúde e da educação como para usuários, gestores e formuladores de políticas sociais. Com esse intuito, caminhou-se em direção às propostas das Escolas Promotoras de Saúde, visto que são pautadas em práticas de educação e saúde no sentido integral do processo (BRASIL, 2006).

A Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde vislumbra a melhoria das ações de promoção da saúde na escola, a partir de uma nova discussão e reflexão das atividades de saúde desenvolvidas no espaço escolar em favor de ações locais sustentáveis.

Lançado em 1995 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), objetivava opor-se aos modelos tradicionais até então implantados nos países da América Latina que eram caracterizados pelo enfoque vertical, medicalizante, assistencialista e que apenas transferia para o espaço escolar recursos e equipamentos médicos (BRASIL, 2007).

As necessidades sociais advindas da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde impuseram às organizações sociais o desenvolvimento de atividades ligadas à saúde da população escolar e o estabelecimento de regras para modelar comportamentos que podem resultar em riscos e danos à saúde dessa coletividade (BARROS; MATARUNA, 2005).

As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável. Além disso, é necessário promover educação em saúde para se alcançar uma aprendizagem saudável, efetiva e transformadora.

A nova iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde pressupõe uma mudança de postura no sentido de programar ações intersetoriais das políticas sociais, principalmente entre a saúde e a educação, de modo a revitalizar as atividades desenvolvidas, otimizando recursos, capacitação profissional e participação popular para o controle social das condições sanitárias da comunidade escolar.

Nessa nova visão, a educação passa a ser considerada peça chave para a promoção da saúde, visto que educando para a saúde de forma contextualizada e sistemática o professor dá uma contribuição decisiva na

formação de cidadãos capazes de atuar em favor da saúde de si próprios e da comunidade.

A escola passa a ser valorizada como espaço de grande relevância para a intersectorialidade saúde-educação, transformando os membros de sua comunidade em cidadãos críticos cientes e conscientes de seus direitos e deveres, de acordo com a promoção de saúde prevista na carta de Ottawa – promoção para a melhoria da saúde e da qualidade de vida de todos (BRASIL, 2002; WHO, 1986).

No Brasil, essa nova modalidade de cuidar da saúde dos escolares coincidiu com o que fora proposto a partir do movimento da Reforma Sanitária brasileira, da VIII Conferência Nacional de Saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a promulgação da constituição de 1988 (BRASIL, 2007).

O desafio posto para os setores da saúde, da educação e de toda sociedade é o de buscar alternativas sustentáveis para a relação saúde-educação no espaço escolar e no seu entorno, que respeitem as singularidades de todos os atores envolvidos nesse processo, trazendo melhoria para suas vidas.

Para isso, corroboraram a Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde que se desenvolve de acordo com os preceitos de promoção da saúde, facilitando a intersectorialidade e as relações entre profissionais de saúde e destes com os usuários.

Também, é necessária a capacitação de todos os profissionais envolvidos nos Programas de Saúde na Escola. A saúde e a educação objetivam melhorias para o ser humano. Assim, os profissionais de saúde capacitam o seu saber multidisciplinar buscando diminuir a doença e seus agravos, realizando um cuidado continuado e longitudinal em busca da integralidade dos serviços de saúde para os escolares.

Os trabalhadores da educação, por sua vez, desenvolvem o seu trabalho educativo em prol da aprendizagem elaborando conceitos, conteúdos e valores que busquem a formação crítica e ética de seus alunos para a cidadania, não apenas nas escolas, mas em todos os espaços sociais.

Faz-se necessária, portanto, uma política de educação continuada nos setores da saúde e da educação que qualifique esses trabalhadores para a

execução de suas funções pedagógico-sanitárias objetivando uma melhor reorganização das ações e dos serviços para os Programas de Saúde na Escola.

Assim, podem-se tornar as práticas pedagógicas adotadas para a difusão da saúde nos espaços escolares não reducionistas, sem enfatizar demasiadamente os aspectos biológicos e, prestigiando determinantes ambientais e sociais do processo saúde-doença, em acordo com o que foi proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997).

Fica evidente que, caso a escola deseje trabalhar a saúde dos escolares em seus espaços deve fazer de forma multidisciplinar e intersetorial, como um espaço que oferece fortes referências para a prática e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e que também inclui a abordagem da temática da saúde nos diferentes componentes curriculares.

A visão desprendida pela Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde vislumbrou em todo o mundo uma nova concepção da atuação conjunta dos setores da saúde e da educação, levando o governo brasileiro à implantação do Programa Saúde na Escola.

2.2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Como resposta às críticas da pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde na Escola, concebendo-o como um modelo de atenção à saúde para os escolares que não fosse apoiado apenas no modelo biomédico, no controle e na prevenção de doenças. Optou-se por um programa de saúde que fosse mais efetivo e incorporasse mudanças de atitudes, estilos de vida mais saudáveis, diminuição de risco à saúde e participação de todos os membros da comunidade escolar, com suas singularidades preservadas (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado, pois, com o objetivo de envolver os setores da Saúde e da Educação na perspectiva da ampliação de ações de saúde para os escolares brasileiros da rede pública de ensino. A escola já não é vista apenas como promotora do ensino aprendizagem, mas

também como um espaço para a formação e atuação das pessoas em todas as arenas sociais (BRASIL, 2009).

Por envolver múltiplos saberes de alunos, professores, pais e aqueles referentes ao que é divulgado pelos meios de comunicação, a escola torna-se local de excelência para a confrontação destes saberes e a construção de atitudes e comportamentos saudáveis em defesa da vida, assumindo ações permanentes de empoderamento de todos que participam da comunidade escolar.

Com o surgimento em 2008 do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, ratificando os objetivos do Sistema Único de Saúde e apontando para a efetivação de ações intersetoriais desenvolvidas principalmente nos municípios, nas escolas e nos ambientes de trabalho, buscando trabalhar crianças, adolescentes e jovens de escolas públicas através de uma abordagem contemporânea, o campo da Promoção da Saúde recebeu extraordinário destaque (BUSS; CARVALHO, 2009).

Assim, o Programa Saúde na Escola, intersetorializou a saúde e a educação, assumindo, então, a responsabilidade de criar os seguintes objetivos para sua execução: Promover a saúde e a cultura de paz; Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de escolares; contribuir para a construção de sistema de atenção social; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, nos três níveis de governo, contratualizando com os municípios através de termo de compromisso com metas pré-estabelecidas (SANTOS, 2014).

Desse modo, as equipes de Saúde da Família são responsabilizadas para desenvolver as ações previstas para o cuidado à saúde dos escolares no âmbito do PSE que devem abranger atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, proporcionando o cuidado integral à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

São ações pertencentes aos seus três componentes, contemplando, dentre outras: Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene

bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2009).

Estabelecidos os objetivos e as ações é de se esperar que o Programa Saúde na Escola justifique a sua criação proporcionando de fato um incremento da melhoria da saúde de todos os escolares da rede pública de ensino brasileiro, já que deveria disponibilizar espaço e cultura apropriados para esse desenvolvimento.

Desse modo, união, estados e municípios terão que se mobilizar reunindo todos os recursos, materiais, humanos e sociais no cumprimento das metas determinadas pelo Ministério da Saúde na perspectiva do alcance do sucesso do PSE.

Espera-se que o PSE não se desenvolva apenas como mais um programa que disponibiliza recursos financeiros para os municípios brasileiros, sem apresentar resultados concretos. Entende-se, também, que sendo o espaço escolar privilegiado para o desenvolvimento das ações de promoção e educação em saúde, as equipes de saúde da família encontrem local propício para sua atuação, pois cada vez mais são desenvolvidas em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária.

É com esse pensamento que se pretende justificar a criação do Programa Saúde na Escola, tornando-o um agente da melhoria da saúde e da qualidade de vida de todos os membros da comunidade escolar, inserido no seu cotidiano e na sua cultura, atuando além dos limites das escolas e colaborando com a desconstrução das iniquidades sociais em nosso país.

Para isso, fica claro que o trabalho interdisciplinar e a atuação multiprofissional são essenciais para o cumprimento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde dos escolares, na busca da melhoria de sua qualidade de vida.

2.3 ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DOS ESCOLARES.

Acompanhar e compreender o seu desenvolvimento, suas características físicas e suas variações tanto internas quanto externas, sempre foi uma preocupação do ser humano. O crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes são acompanhados por inúmeras modificações físicas e psíquicas do corpo humano. Alteram-se órgãos e comportamentos seguindo a determinação de adaptação ao meio em que se vive e ao tempo cronológico da existência.

Para acompanhar as alterações do crescimento e desenvolvimento físico, usa-se fazer o seu monitoramento através da relação peso/altura visto que a altura para a idade tem sido o melhor indicador para o crescimento da criança, o que chamamos de índice de massa corporal (IMC), (BRASIL, 2012).

Segundo Oliveira (2006), o crescimento é um aumento da estrutura do corpo decorrente da multiplicação ou aumento de células, enquanto desenvolvimento diz respeito às alterações nas funções orgânicas de um indivíduo ao longo do tempo. Leva-se cerca de vinte anos da idade infantil à idade adulta, sendo forte a influência dos fatores genéticos, ambientais, nutricionais, climáticos e emocionais, dentre outros. É nessa fase que está o período mais propício para o estímulo aos hábitos e comportamentos mais saudáveis, pois quando incorporados mais cedo podem ser levados com maior facilidade para a vida adulta.

No Brasil, as primeiras ações governamentais direcionadas à alimentação e nutrição datam da década de 1930, quando a fome e a desnutrição foram reconhecidas como graves problemas de saúde pública no país. Após vários inquéritos alimentares constatou-se que tanto a classe operária como a população como um todo tinha condições alimentares precárias, (PEIXINHO, 2013).

Até a década de 1980 havia uma predominância de desnutrição entre as crianças brasileiras, principalmente aquelas pertencentes às classes sociais menos favorecidas socioeconomicamente. Entretanto, nas últimas décadas tem aumentado a prevalência de sobrepeso e obesidade em decorrência da

mudança do perfil nutricional de nossa população (FERNANDES et al, 2014; SALES-PERES, 2010).

As facilidades impostas pelas novas tecnologias favorecem crianças, jovens e adultos a modificar os seus hábitos e estilos de vida para opções mais sedentárias e menos saudáveis, influenciando as recomendações alimentares e tornando as práticas de atividades físicas não atrativas (PINHO et al, 2014).

Essa mudança vem preocupando pesquisadores e profissionais da saúde, pois no Brasil registrou-se nas últimas décadas um aumento na prevalência de obesidade de 4,1% para 13,9% em crianças em idade escolar, levando estas a um alto risco de tornarem-se adultos obesos e conseqüentemente, desenvolverem disfunções metabólicas e cardiovasculares (JESUS; SIMÕES, 2011).

Estima-se que em 2020 aproximadamente 73% da população adulta apresentará alguma alteração orgânica em decorrência de hábitos alimentares não saudáveis e da falta da prática de atividade física, diminuindo nessas crianças e adolescentes a capacidade de suportar a carga da vida (OLIVEIRA, 2006).

Rodrigues (2011), pesquisando 480 escolares de ambos os sexos, com idade entre quatro e dezoito anos, da rede pública de ensino da cidade de Juiz de Fora/MG, concluiu que 61,4% eram eutróficos, 20,6% estavam com sobrepeso (7,5% e 13,1% para o sexo feminino e masculino, respectivamente) e 18% estavam obesos (10,4% entre meninas e 7,6% entre meninos), não constatando associação para meninos e meninas quanto ao IMC e a idade, sendo a valorização e o controle do crescimento físico de grande utilidade para a saúde dos escolares.

Por sua vez, avaliação feita com 4.964 escolares de oito escolas do ensino fundamental do estado de Santa Catarina, concluiu que 78,5% eram eutróficos, 15,4% apresentavam sobrepeso e 6,1% estavam obesos, semelhantes entre sexo e categorias de idade, encontrando valores do IMC estatisticamente maiores para os meninos e entre as crianças mais velhas, havendo necessidade de incentivar programas de prevenção nos cuidados de atenção integral à saúde, principalmente de crianças na idade escolar (CORSO, 2012).

Estudo com 261 escolares com idade entre sete e nove anos da rede municipal de ensino de Mogi Guaçu-SP, Jesus; Simões (2011) avaliaram o estado nutricional desse grupo verificando que 172 (65,9%) eram eutróficos, 41 (15,7%) apresentavam sobrepeso, 32 (12,3%) eram obesos, 14 (5,4%) obesos grave e 1 (0,4%) apresentou magreza e 1 (0,4%) magreza acentuada.

Devido à idade e constituição corporal, crianças e adolescentes que desenvolvem atividade física associada a boas práticas de alimentação saudável tendem a possuir um menor índice de gordura corporal, principalmente quando essa atividade está associada a boas práticas de alimentação saudável (PINHO et al, 2014).

Entretanto, assim como está ocorrendo em vários países do mundo, no Brasil também é preocupante o aumento do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes cada vez mais cedo, passando a constituir um sério problema de saúde pública.

Nesta situação, a dieta é um dos principais responsáveis pelo sobrepeso, obesidade e suas comorbidades, devido a forte influência que exerce sobre os estilos de vida de crianças e adolescentes, devendo ser continuamente monitorada. O consumo de alimentos hipercalóricos ricos em açúcar, carboidratos refinados e gordura saturada devem ser desestimulados. Já as frutas e verduras precisam ser promovidas na alimentação saudável (LEVY et al, 2010).

Estudo realizado por Pinho et al (2014) em 535 adolescentes da rede pública de ensino da cidade de Montes Claros no norte do estado de Minas Gerais, verificou que 19,2% das meninas e 23,4% dos meninos apresentaram consumo superior ao recomendado para o grupo dos carboidratos e 48% de todos os pesquisados estavam consumindo colesterol acima do recomendado, enquanto o consumo de proteínas estava insuficiente em 11,5% das meninas e 18,7% dos meninos, e de lipídios em 29,7% das meninas e 32,2% dos meninos.

A mudança de comportamento alimentar vivenciada principalmente por crianças e adolescentes sofre influência direta dos modismos alimentares presentes na cultura das gerações mais jovens, estando presente nas transições demográficas e epidemiológicas, principalmente nos países em desenvolvimento onde o aumento da renda populacional e a disponibilidade de

alimentos semi-prontos e de fácil preparo, favorece a transição nutricional (PINHO et al, 2014).

Para Sales-Peres (2010), o excesso de peso não é mais um problema exclusivo das pessoas com maior renda, pois existe mais “gordo” que “magro” na população de renda mais baixa. Portanto, nos dias atuais a obesidade não escolhe mais classe social, trazendo como consequência para essa população, além da hipertensão arterial, as dislipidemias, a resistência à insulina e o diabetes tipo 2.

Assim, a obesidade tem se constituído como um sério problema de saúde pública em quase todas as sociedades modernas, merecendo destaque na população brasileira, a modificação dos hábitos alimentares e de estilos de vida, como a redução da prática de atividade física, que indica exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares (MURARO et al, 2013).

A parceria entre os setores de Educação e da Saúde pode ampliar-se com o envolvimento de outros parceiros na construção de territórios, comunidades e escolas mais saudáveis, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida.

Por isso, torna-se necessária a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes no intuito do diagnóstico precoce de suas alterações, verificando a existência de encaminhamento para tratamento daqueles que apresentaram alguma alteração ou problema de saúde decorrente de seu estado nutricional.

2.4 A SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES

Antes do surgimento do Sistema Único de Saúde as ações de Saúde Bucal desenvolvidas pelos serviços de Saúde Pública em nosso país eram realizadas de forma paralela aos demais serviços e ações, caracterizando-se pela baixa resolubilidade e incapacidade de resolução dos principais problemas de nossa população (BRASIL, 2011).

A avaliação das necessidades de saúde bucal permite a sua identificação nos escolares possibilitando o planejamento e tratamento destas pelas Equipes de Saúde Bucal, participantes do PSE. A prioridade que a Odontologia dispensa ao cuidado da Saúde Bucal nas escolas tem importância

devido ao envolvimento dos profissionais da educação na orientação da promoção da saúde e construção de hábitos de higiene e estilos de vida saudáveis para seus escolares.

A escola tem grande influência sobre a saúde dos escolares. Por isso, há muitos anos existem programas de saúde bucal sendo desenvolvidos em escolas. A priorização dos escolares permitiu o controle da cárie na maioria dos países onde isso ocorreu, pois os pais e professores são os aliados dos profissionais de saúde para que os escolares tenham hábitos saudáveis (NADANOVSKY, 2000).

As ações desenvolvidas visam a ordenação da cobertura populacional, centrada na lógica da detecção precoce das lesões e no tratamento oportuno, impedindo o agravamento das lesões. Em paralelo, programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde (PINTO, 2000).

Classicamente, a condição de saúde bucal da população tem sido verificada através do índice de CPO-D, nomenclatura representada pelos componentes C= cariado; P= perdido; O= obturado (restaurado), preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e estima a experiência presente e passada do ataque da cárie à dentição, podendo ser considerado de severidade muito baixa (1,1), baixa (2,6), moderada (4,4), alta (6,5) e muito alta (6,6 e mais) (BRASIL, 1996, RONCALLI et al, 2010).

Dos itens que compõem o índice CPO-D o que mais preocupa é a dominância do componente C (cariado) em quase todos os levantamentos realizados e em todas as faixas etárias, principalmente, de crianças e adolescentes. A cárie dentária é uma doença multifatorial que sofre forte influência de fatores sociais, econômicos e ambientais, apresentando uma prevalência preocupante na população.

Destes fatores, destacam-se a influência positiva que os fluoretos desempenham sobre a superfície do esmalte dentário preservando-o, a ação deletéria dos açúcares, principalmente a sacarose, na destruição e consequente cavitação desse esmalte, com aparecimento da cárie dentária e a classe social a que esse indivíduo pertence (SILVA et al, 2010).

A cárie dentária, além de ser considerada uma das principais preocupações da saúde bucal, é um dos problemas que provoca mais dor de

dente e sofrimento na população (NORO et al, 2014). É recomendável que toda a equipe de saúde desestimule enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente açúcares refinados. Além disso, estimule a escovação dentária e o uso do fio dental.

Apesar do declínio da prevalência da cárie dentária verificado no Brasil e em todo mundo, isto ocorreu acompanhado de um novo fenômeno: a polarização da doença, que é a concentração da cárie ou das necessidades de saúde bucal em uma pequena parcela da população (GUSHI et al, 2008), caracterizando desigualdades significativas em saúde que demandam atenção das autoridades sanitárias em busca de adequadas intervenções de saúde pública (NARVAI et al, 2006).

No Brasil, estudo realizado por Oliveira et al (2013) demonstrou que os escolares mais pobres, beneficiários do Programa Bolsa Família possuem maior carga de cárie e são os que menos acessam os serviços odontológicos. Por isso, o levantamento das necessidades de Saúde Bucal através do CPO-D em todos os escolares é uma diretriz de grande importância para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola.

No entanto, ao comparar grupos de ambos os sexos, Meirelles et al (2007) apontam em seu estudo realizado com 101 escolares, com 12 anos de idade, de escolas públicas do município de Cordeirópolis/SP, que o CPO-D verificado no sexo masculino não apresentou diferença estatística significativa em relação ao sexo feminino, sugerindo que haja uma maior promoção, monitoramento e manutenção da saúde da população.

Por outro lado, pesquisa envolvendo 3.330 alunos de escolas públicas e privadas de João Pessoa/PB, com idades de 12 a 15 anos, comprovou que existia diferença fortemente significativa entre o CPO-D do sexo masculino e feminino, sendo mais elevado neste último grupo, que crescia com a idade (MOREIRA et al, 2007).

Assim, conscientes da importância desse índice realizamos exame clínico odontológico para obtenção do CPO-D em todos os escolares das quatro escolas participantes do nosso estudo, verificando quantos dentes estão cariados, quantos foram perdidos e quantos estão restaurados (obturados) e se os problemas de saúde bucal apresentados pelos escolares estão sendo encaminhados para resolução.

III METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo foi caracterizado como transversal, descritivo, com uma abordagem quali-quantitativa, onde se procurou analisar a relação entre as diretrizes do Programa Saúde na Escola e os diagnósticos encontrados no estado nutricional (IMC) e na saúde bucal (CPO-D) dos escolares pactuados no PSE do município de Mossoró-RN, no ano de 2013, através de gestores, equipe multiprofissional e escolares, utilizando-se o modelo de macrosistema proposto por Bronfenbrenner.

Esse modelo sugere que a ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelo contexto mais amplo em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996).

Os modelos ecológicos podem ser uma alternativa de um referencial teórico-metodológico para analisar as políticas públicas e seu impacto no contexto e no desenvolvimento de escolares. A política pública é uma parte do **macrosistema** determinando as propriedades específicas do exo - meso e microsistema que ocorrem no nível da vida cotidiana e governam o curso do comportamento e desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

Assim, o conceito de macrosistema proposto por Bronfenbrenner (2011), consiste no padrão global de características do micro, meso e exossistema de determinada cultura, subcultura ou contexto social mais amplo, em particular os sistemas instigadores de desenvolvimento de crenças, **recursos**, riscos, estilos de vida, **oportunidades**, **estruturas**, opções de curso de vida e os **padrões de intercâmbio social** que são imersas em cada um desses sistemas. O macrosistema pode ser definido como um modelo social para determinada cultura, subcultura ou outro contexto mais amplo.

As análises destas interconexões entre os ambientes dentro da comunidade nos oportunizam suporte para análise através destes modelos (Burisik; Grasmick apud BLACK; KRISHNAKUMAR, 1998).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

De acordo com dados da Prefeitura local, o município de Mossoró possui uma área territorial de 2.110 km², é considerado o segundo mais populoso do estado do Rio Grande do Norte com uma população de 259.815 habitantes, segundo dados do IBGE (2010). Está localizado na região semiárida nordestina, com o 3º melhor Índice de Desenvolvimento Humano do estado no ano de 2012 (IDH = 0,720). O seu Índice de Desempenho do SUS no ano de 2012 ocupou o 140º lugar no estado (IDSUS = 5,09), (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE devem ser desenvolvidas em articulação entre a Saúde e a Educação. Deverão considerar a integralidade dos escolares, o que significa garantir a cada um, o direito à avaliação clínica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, saúde e higiene bucal, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, bem como o acesso a ações educativas que lhes garantam educação permanente em saúde - aqui incluída a atividade física e saúde - através de uma cultura da prevenção no âmbito escolar.

No município de Mossoró foram pactuadas 57 equipes da Estratégia Saúde da Família que estavam habilitadas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Quanto às escolas, foram pactuadas 166, sendo que em 97 delas deveriam ser executadas as ações tanto do componente I como do Componente II e nas demais apenas o componente II.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro escolas públicas municipais de ensino fundamental, cada uma representando uma região geográfica da cidade de Mossoró/RN: Zona Norte (R1) Escola Municipal Alcides Manoel de Medeiros; Zona Sul (R2) Escola Municipal Paulo Cavalcante de Moura; Zona Leste (R3) Escola Municipal Raimunda Nogueira do Couto e Zona Oeste (R4) Escola Municipal Antônio Fagundes, sendo as que mais pactuaram escolares em suas respectivas regiões no Programa Saúde na Escola no ano de 2013. A

região central não participou desse estudo devido não possuir nenhuma escola participando do PSE no ano de 2013.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa (12) gestores municipais sendo: (01) Secretário de Saúde, (01) Secretário de Educação, (01) Coordenador do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Educação, (01) Coordenador do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Saúde, (04) Diretores das Escolas pactuadas, (04) Diretores das Unidades Básicas de Saúde e (09) profissionais da equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família: (01) Médico, (04) Enfermeiras e (04) Dentistas, num total de 21 sujeitos escolhidos pela conveniência de desenvolverem suas atividades junto ao Programa Saúde na Escola dessas áreas sanitárias.

Também participaram como sujeitos, os escolares, na faixa etária de 07 a 15 anos, de ambos os sexos, matriculados e pactuados no programa Saúde na Escola no ano de 2013 das quatro regiões objeto de nossa pesquisa e que ficou assim estratificada: Região Norte (1.309 escolares), Região Sul (2.385 escolares), Região Leste (2.691 escolares) e Região Oeste (2.585 escolares), perfazendo um total de 8.970 escolares.

Considerando a divisão em quatro regiões, foi feito um cálculo de estratificação, levando-se em consideração a proporção existente em cada uma delas. Dessa forma a Região Norte (14,6%) dos escolares, Região Sul (26,6%) dos escolares, Região Leste (30,0%) dos escolares e Região Oeste (28,8%) dos escolares matriculados no ano de 2013. Respeitando o nível de confiança de 95% para um erro do tipo I, foram avaliados na Região Norte (n=58) escolares, na Região Sul (n=123), na Região Leste (n=116) e na Região Oeste (n=106) escolares, totalizando 403 escolares, que se somando aos 21 entrevistados, chegamos a uma amostra de 424 sujeitos (Quadro 2).

Quadro 2 - Alunos matriculados e selecionados das escolas pactuadas por região, na cidade de Mossoró-RN, 2013.

Região Geográfica de Mossoró	Alunos matriculados escolas pactuadas	Alunos selecionados escolas pactuadas
Norte	1.309	58
Sul	2.385	123
Leste	2.691	116
Oeste	2.585	106
Total	8.970	403

Fonte: O autor.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

3.4.1 Diretrizes do PSE

Para analisar a percepção dos gestores e equipe multidisciplinar do PSE, foi aplicada uma entrevista semiestruturada, utilizando-se um gravador da marca Sony para registro e transcrição das respostas dos participantes selecionados para o estudo, cujas questões versaram sobre os elementos do macrossistema presentes nas políticas públicas de saúde, que envolve as ações, os recursos, oportunidades, estrutura e padrões de intercambio social do Programa Saúde na Escola, desenvolvido na cidade de Mossoró-RN.

3.4.2 Estado Nutricional

As variáveis antropométricas que foram analisadas são o peso, a estatura, o Índice de Massa Corporal (IMC).

Para a coleta dos dados, primeiramente foi aferido o peso corporal (kg), determinado através de uma balança digital eletrônica da marca Kratos-Cas®, capacidade máxima de 150 kg e sensibilidade de 50g.

Para aferição da estatura foi utilizado um estadiometro da marca SECA® (escala de precisão de 0,1cm), medidas essas aplicadas no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), dado pela relação do Peso/Estatura (kg/m^2),

tendo como pontos de corte, os índices propostos pela Organização Mundial de Saúde. (DE ONIS et al., 2007).

3.4.3 Saúde bucal

Para avaliação da saúde bucal dos escolares foi utilizado o formulário proposto pela Organização Mundial da Saúde para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, do qual se pode inferir o CPO médio (RONCALLI et al, 2010).

O índice CPO, que mede a condição de saúde bucal presente e passada de um indivíduo, é composto pelo número de dentes cariados, perdidos e obturados.

Os exames odontológicos foram feitos em uma sala da escola, com boa iluminação artificial e secagem prévia dos dentes com algodão, utilizando-se espelho plano e sonda exploradora.

Realizou-se a calibração do único profissional (odontólogo) avaliador da saúde bucal, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, visando estabelecer padrões uniformes para o exame e determinar parâmetros aceitáveis (SILVA, 2010).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise do material coletado nas entrevistas foi processado pelo software de análise quantitativa de dados textuais o Alceste, (2012) – Analyse Lexicale par Contexte d`um Esemble de Segments de Texte (REINERT, 1990).

O software faz uma análise léxica das palavras de um conjunto de textos, independentemente da origem de sua produção; tanto pode ser das comunicações verbais e/ou escritas quanto das manifestações discursivas. Ao fazer a análise léxica de um conjunto de dados textuais, o ALCESTE agrupa raízes semânticas definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Assim, tanto é possível quantificar, como inferir sobre a delimitação das classes (PIUVEZAM, 2004).

Na preparação do corpus para o ALCESTE, destaca-se a atenção para os materiais usados em sua elaboração, os quais devem ter apenas um foco

temático, um tema específico, por ser a única parte manuseada pelo pesquisador, como garantia da relevância, homogeneidade e sincronismo. O ALCESTE trabalha com cálculos efetuados sobre a co-ocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação (AZEVEDO et al, 2013).

Os parâmetros utilizados são os da configuração padrão, que é definido e calculado pelos parâmetros de tamanho do corpus Alceste. Com efeito, nesta configuração, as possíveis variações devidas das duas sucessivas classificações para baixo utilizadas em unidades de texto (unidades de contexto) fazem variar ligeiramente o comprimento de cada unidade de texto analisada, a fim de assegurar a estabilidade de distância das classes do terminal, que determina o corte do corpo.

A comparação entre as duas classificações (Eixos) podem extrair as intersecções das classes entre as duas classificações, para que haja um máximo de classes selecionadas. Essas classes representam as idéias e os temas dominantes do corpus, que consistem em unidades de texto, classificadas de acordo com seu Phi (importância) em cada classe.

As categorias gramaticais que podem ser analisadas quando incluídas na análise ou apenas na descrição do perfil das classes, quando não foram incluídas na análise ou ainda ser rejeitadas. Por padrão, apenas os substantivos, verbos (com exceção do auxiliar ser, ter e verbos modais), adjetivos, advérbios e formas não reconhecidas são analisados, na medida em que estas formas estão presentes em pelo menos 4 vezes no corpus. Estabelecida a forma do corpus o Alceste reduziu estas palavras formando um dicionário de formas reduzidas que são classificadas de acordo com sua efetivação no corpus.

Como análise inferencial, utilizamos o teste t para amostras independentes nas comparações das variáveis em função do sexo e uma análise de variância (ANOVA) para as comparações entre as regiões.

Todas as análises mantiveram um nível de confiança de 95% para um erro do tipo I ($p < 0,05$).

Utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para análise quantitativa das medidas de tendência

central, tais como média e mediana e medidas de dispersão através do desvio padrão.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, parecer nº 454.016 – CEP/UERN, 2013.

IV RESULTADOS

4.1 DIRETRIZES E GESTÃO DA POLÍTICA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O resultado das entrevistas com gestores e equipe multiprofissional foi transcrito e submetido à análise quantitativa através do Software Alceste versão educação – 2012.

O processamento do corpus foi analisado no dia 04/10/2014 às 21:07 horas, contendo 21 UCI (Unidade de Contexto Inicial) que correspondeu ao material discursivo das 21 entrevistas realizadas, com aproveitamento de 77% na composição das 5 (cinco) classes léxicas obtidas (Tabela 01).

Tabela 01 – Tratamento do Alceste resumido

Nome do Corpus	Ubaldo
Data do Tratamento	04/10/1014
Nº de Unidades de Contexto Iniciais	21
Nº de Unidades de contexto Elementar	217
Nº de Classes	5
Nº total de Ocorrências	7.465
Nº de Formas Distintas	1.565
Nº de Formas Reduzidas	251
Nº de Formas Complementares	106
Nº de Palavras Principais	41
Frequência Média de uma Forma	5
Frequência Máxima de uma Forma	262
Riqueza do Vocabulário	95,85%
Porcentagem de UCE Classificadas	77%

O número mínimo de palavras analisadas por Unidade de Contexto (UCE) na primeira classificação foi 14 palavras e na segunda classificação correspondeu a 16 palavras. O número de Unidades de Contexto analisadas na

primeira classificação foi de 169 e na segunda classificação 151 unidades. O número de Formas diferentes analisadas foi de 251 tanto na primeira como na segunda classificação.

O relatório descritivo resumido do corpus analisado contendo os dois eixos e as cinco classes léxicas nomeadas e relacionadas, está descrito na Figura 1.

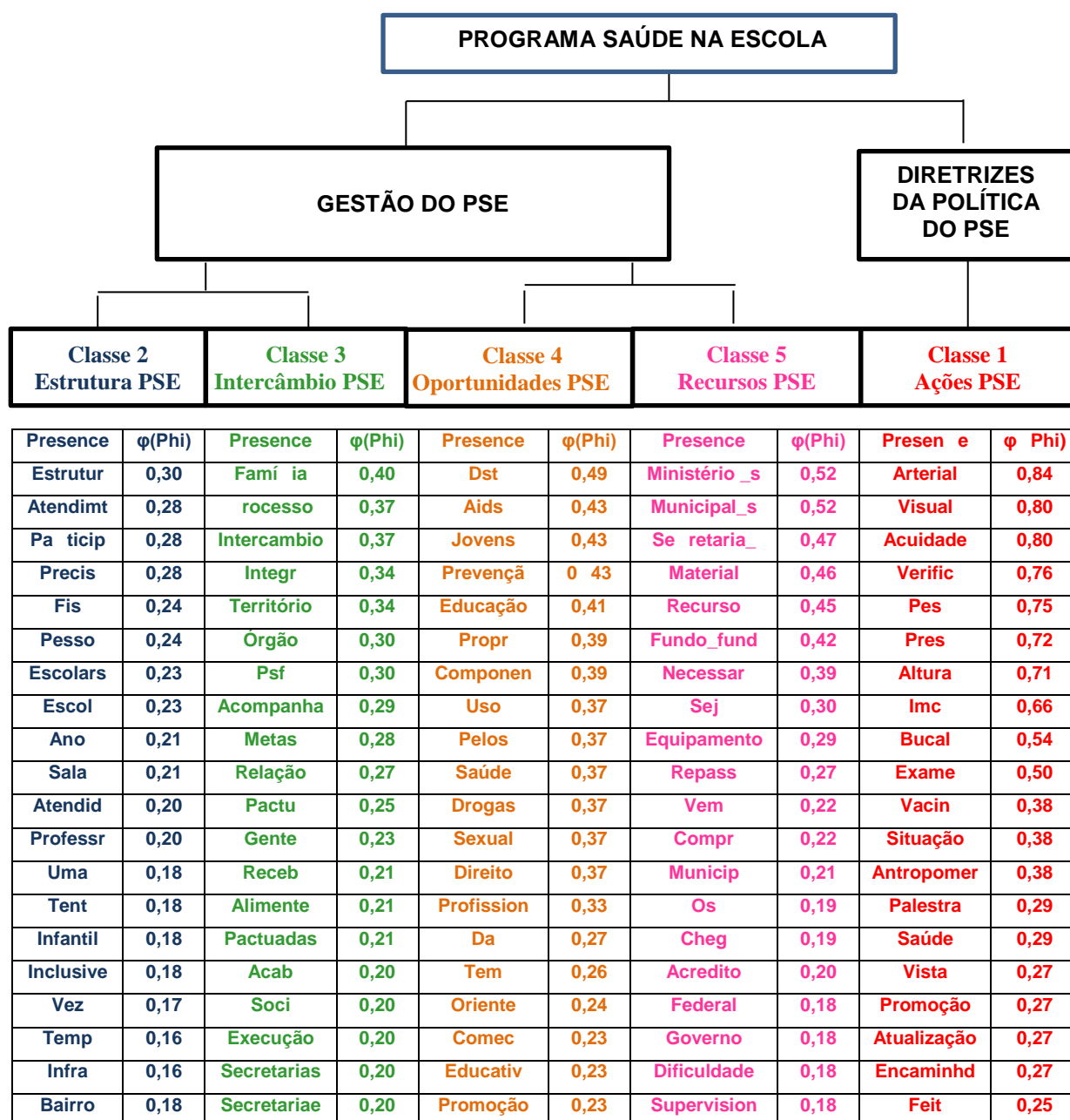


Figura 1 - Dendrograma produzido pela análise do corpus referente as entrevistas realizadas com os gestores e equipe multiprofissional do PSE- Mossoró/RN,2013.

Quanto à análise do conteúdo das entrevistas realizadas pelos 21 participantes dessa pesquisa, verificou-se que estão distribuídas na

composição de dois eixos superiores denominados Diretrizes da Política do PSE e Gestão do PSE, que correspondem às 05 classes infra denominadas:

Classe 1 - Ações do PSE; Classe 2 – Estrutura do PSE; Classe 3 – Intercâmbio no PSE; Classe 4 – Oportunidades no PSE e Classe 5 – Recursos do PSE.

O eixo Diretrizes da Política do PSE está representado exclusivamente pela classe 1, Ações do PSE, enquanto o segundo grande eixo, Gestão do PSE incorpora as classes 2,3,4 e 5 restantes.

Os dois eixos com suas cinco classes representam para a Política Pública de Saúde do PSE, as ações, estruturas, intercâmbios, oportunidades e recursos definidas no contexto do Macrossistema, proposto pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011).

As diretrizes da política do PSE abordadas no primeiro eixo e na classe 1 dessa análise merecem discussão com embasamento nas Políticas Públicas de Saúde advindas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes do Programa Saúde na Escola.

A classe 1 - **Ações do PSE**, pertencente ao eixo Diretrizes da Política do PSE, apresentou-se com 15 UCE (Unidade de Contexto Elementar), representando 9% do material analisado pelos discursos dos entrevistados, 50 palavras selecionadas, cujo tema principal refere-se às diretrizes da política do Programa Saúde na Escola, sendo as mais avaliadas: Arterial, visual, acuidade, verificação, peso, pressão, altura, IMC, bucal e exame, visualizadas na fala de alguns participantes:

*“O PSE envolve... palestras sobre diversos temas, verificação da pressão arterial, exame da acuidade visual, verificação da altura, do peso e do imc, levantamento da situação de saúde bucal, atualização da carteira de vacinação”. (*suj_13 *pro_01 *are_02 uce nº116).*

*“são ações educativas e preventivas programadas em parceria com as escolas. palestras sobre diversos temas, verificação da pressão arterial, exame da acuidade visual, verificação da altura, do peso e do imc, levantamento da situação de saúde bucal, atualização da carteira de vacinação”. (*suj_11 *pro_01 *are_04 uce nº 97).*

Observa-se, nesse caso, que as palavras: verificação, pressão, arterial, peso, altura, IMC, acuidade, visual, exame, bucal dizem respeito às ações que devem ser desenvolvidas no componente I do PSE (avaliação clínica e psicossocial), que contemplam, dentre outras, Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências, que conforme descrito pelos gestores, são de responsabilidade do PSE:

“... avaliação antropométrica, verificação da pressão arterial, avaliação nutricional, medição do peso, altura para cálculo do imc, avaliação de saúde bucal ...” (*suj_20 *ges_01 *are_00 uce n° 194).

“... verificação da pressão arterial, acuidade visual, ações de saúde bucal e vacinação...” (*suj_19 *ges_02 *are_00 uce n° 168).

O Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Básica Nº 24 (BRASIL, 2009) que trata do Programa Saúde na Escola justifica e orienta a realização correta dessas ações, conforme descritas abaixo:

As crianças menores de cinco anos necessitam de acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento. Com relação aos escolares, hoje em dia, embora o valor da monitorização do crescimento como indicador do estado de saúde seja pequeno, ela permite: (1) Identificar distúrbios e doenças que afetam o crescimento; (2) Gerar dados para estudos epidemiológicos; e (3) Tranquilizar os pais em relação ao crescimento esperado do (a) seu (sua) filho (a) (GARNER et al, 2000; HALL, 2000).

Até o momento, a maioria dos protocolos recomenda fazer a aferição anual do peso e da estatura do escolar, comparando essas medidas com curvas de referência apropriadas. Durante a pré-adolescência, com a proximidade do estirão do crescimento, é recomendável registrar também a velocidade de crescimento (BLANK, 2003; INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

Escolares que se encontrem abaixo do percentil três (-2 scores Z) ou acima do percentil 97 (+2 scores Z), ou ainda que apresentem desaceleração do ritmo ou mudança do canal de crescimento estatural, devem ser encaminhados para avaliação médica. Tais dados podem ser registrados na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009b) e na Caderneta de Saúde do Adolescente, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde na Escola orienta a avaliação de saúde bucal em seus escolares por permitir a identificação de suas necessidades, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas, e tem sido priorizado em odontologia em função da presença de alguns fatores relevantes, tais como: aparecimento gradativo da dentição permanente; menor capacidade de resistência do esmalte dos dentes ao ataque dos agentes causadores da cárie; resultados favoráveis alcançados com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo; presença da maioria das crianças e adolescentes nas escolas de ensino fundamental e médio e atuação dos profissionais da educação influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis (PINTO, 2000; VASCONCELOS et al., 2001).

Em relação às palavras: palestras, educativas e preventivas, representam as ações do componente II (promoção e prevenção à saúde), que são assim descritas pelos sujeitos:

“... ações de promoção e prevenção à saúde, orientação à escovação bucal,...” (*suj_16 *pro_02 *are_03 uce n° 144).

“... palestras sobre sexualidade, higiene bucal”.
(*suj_21*ges_10 *are_02 uce n° 212).

O Programa Saúde na Escola considera que dentre as ações de educação e promoção da saúde devem estar incluídas orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e bullying ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, dentre outras.

Além dos cuidados com o estado nutricional e saúde bucal dos escolares, outras ações foram descritas pelos gestores do PSE como a detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), avaliação da acuidade visual e atualização do calendário vacinal que também fazem parte do componente I do PSE.

No entanto, na classe 1, ainda podemos observar na fala de alguns integrantes da equipe multiprofissional de saúde, que no PSE estão sendo realizadas apenas diagnóstico, avaliação e levantamento das necessidades de saúde nesses escolares, conforme descrições abaixo:

*“... até o momento o pse foi apenas de coleta de dados e de avaliação das necessidades dos escolares que têm algo a ser feito...”. (*suj_14 *pro_03 *are_01 uce n° 127).*

*“... realizamos até o momento o diagnóstico das necessidades dos escolares quanto a hipertensão arterial, acuidade visual, antropometria, peso, altura e condição de saúde bucal...” (*suj_16 *pro_02 *are_03 uce n° 143).*

As diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE) preconizam que as ações constantes nos seus três componentes devem ser desenvolvidas junto aos escolares de modo a promover a promoção, a prevenção e o cuidado à saúde, satisfazendo o princípio da integralidade (BRASIL, 2009). Por isso, determina que crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, pelo menos uma vez por ano, à avaliação clínica e psicossocial, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas (BRASIL, 2008b).

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, declara que o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica deve atuar de forma a: prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na unidade básica de saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada e que o Programa Saúde na Escola deva intersectorializar os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e

formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, através das equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de suas ações (BRASIL, 2012).

As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável. Além disso, é necessário que o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde viabilize uma aprendizagem saudável, efetiva e transformadora (FALKENBERG et al, 2014).

Assim, realizar apenas palestras, diagnóstico, avaliação e levantamento das necessidades de saúde dos escolares envolvidos no PSE, está em desacordo com as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde acima referenciadas, sugerindo que a relação entre a Saúde e a Educação, no que diz respeito à saúde escolar, nem sempre tem sido harmoniosa (FIGUEIREDO et al, 2010).

A classe 2 - **Estrutura do PSE**, pertencente ao eixo gestão do PSE, foi composta por 80 UCE, 67 palavras selecionadas, que representam 47% de todo material analisado nas entrevistas, tendo como tema principal a estrutura existente para o desenvolvimento do PSE no município de Mossoró/RN.

As principais palavras citadas nessa classe foram: Estrutura física, participação, atendimento, pessoas, escolares, escolas, sala, professor, demonstradas nas falas abaixo:

*“... infraestrutura é um fator muito subjetivo. Às vezes você tem uma estrutura muito grande em termos de espaços físicos, mas que não tem a qualidade específica para determinados atendimentos...” (*suj_19 *ges_02 *are_00 uce n° 172).*

*“... a gente na escola não tem espaço físico nem pessoal disponível para trabalhar com o programa...” (*suj_09 *ges_06 *are_02 uce n° 85).*

“... falta, por exemplo, um espaço melhor para que a equipe de saúde possa desenvolver melhor suas atividades. uma sala

mais estruturada, que não dificulte na hora do atendimento...”
(*suj_11 *pro_01 *are_04 uce n° 100).

“... quanto a infraestrutura da escola, tentamos nos adaptar à estrutura da escola...”(*suj_14 *pro_03 *are_01 uce n° 133).

Para o Ministério da Saúde, algumas atividades, como ações coletivas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade, poderão ser realizadas no espaço da escola. Entretanto, as demandas assistenciais e clínicas devem ser encaminhadas, prioritariamente, para as unidades de saúde da própria equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Para o funcionamento e realização das ações referentes à Atenção Básica nos municípios e no Distrito federal, o Ministério da Saúde preconiza que é necessária a seguinte infraestrutura: Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, cadastradas no sistema de Cadastro Nacional, de acordo com as normas vigentes (BRASIL, 2012).

Faz-se necessária realizar manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS; cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade; garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na rede de atenção à saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Infere-se, pois, que tanto a escola como a unidade de saúde devem estar preparadas estruturalmente e com pessoal capacitado e em quantidade

necessária para a realização de todas as ações e atividades preconizadas pelo Programa Saúde na Escola.

Portanto, as falas concebidas pelos sujeitos, anteriormente citadas representam a realidade estrutural do PSE nas áreas pesquisadas do município de Mossoró/RN, estando muito distante da estrutura recomendada pelo Ministério da Saúde para a execução das ações contidas nos seus 3 componentes.

Quanto à leitura do Alceste relacionada às entrevistas das unidades textuais da classe 3 - **(Intercâmbio no PSE)**, pertencente ao eixo gestão do PSE, observamos a presença de 35 UCE, com 59 palavras selecionadas, representando 21% do total analisado, cujo principal assunto foi o intercâmbio entre os vários órgãos que executam o programa.

As principais palavras componentes dessa classe foram família, processo, intercâmbio, integração, território, organização, PSF, pactuação, secretaria municipal de saúde e secretaria municipal de educação, evidenciadas nas seguintes falas dos gestores:

*“... há também uma integração com equipamentos sociais daquele território... a equipe do psf e a escola vão fazer um intercâmbio com o centro de referência da assistência social ou com alguma organização não governamental ou com uma organização religiosa, uma igreja...”. (*suj_20 *ges_01 *are_00 uce n° 206).*

*“... tende haver cada vez mais aproximação da secretaria municipal de saúde com a secretaria municipal de educação. o pse está fazendo uma interface, promovendo esta relação entre essas duas secretarias que são as mais estratégicas no processo de desenvolvimento...” (*suj_19 *ges_02 *are_00 uce n° 188).*

Entretanto, entre os profissionais de saúde do PSE observa-se que este intercâmbio não se materializa de forma efetiva,

“... triamos os pacientes com maior necessidade odontológica na escola e orientamos os pais a procurarem o atendimento nas unidades básicas de saúde...” (*suj_15 *pro_02 *are_04 uce n° 140).

“... esperamos que futuramente isso possa acontecer, pois é muito importante a parceria com órgãos que possam nos dar mais suporte” (*suj_11 *pro_01 *are_04 uce n° 105).

A discussão do tema da intersectorialidade ganhou mais relevância a partir da implantação do SUS, posto que articula saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (BERNARDI et al, 2010).

Como resultado do Seminário promovido pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual nas discussões do cumprimento das metas pactuadas no PSE pelos municípios do RN no ano de 2012, foi constatado que a premissa da intersectorialidade ainda não é bem compreendida pelos gestores de saúde e de educação, o que leva à desarticulação desde o planejamento, execução até a avaliação dos processos estabelecidos (SANTOS, 2014).

Assim, caso não sejam superadas as barreiras que dificultam a construção da intersectorialidade saúde-educação junto ao PSE, dificilmente haverá avanço na efetivação de intercâmbios sociais para a implementação do Programa Saúde na Escola.

Em relação à leitura feita pelo Alceste das entrevistas contidas nas Unidades Textuais da Classe 4 – (**Oportunidades no PSE**), também presente no eixo Gestão do PSE, observamos a presença de 19 UCE, correspondendo a 11% do material das entrevistas e teve 46 palavras selecionadas, sendo as mais destacadas DST, AIDS, prevenção, educativas, promoção, capacitação, drogas, sexual e formação.

Podemos dizer que o principal tema abordado nessa classe diz respeito às ações de promoção e prevenção à saúde oportunizadas aos escolares, principalmente, palestras educativas sobre doenças sexualmente transmissíveis, tabaco, álcool e outras drogas e higiene bucal, estando excluída

na fala dos gestores e equipe multidisciplinar, a atenção aos agravos à saúde como a obesidade, a cárie dentária e outras, conforme descrito a seguir:

“... temos também a prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, promoção à saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, a prevenção à violências e acidentes. Temos também a formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas direito sexual e reprodutivo e prevenção às dst...”(*suj_02 *ges_03 *are_00 uce nº 27).

“... discutimos a questão do uso de drogas e a importância da unidade básica de saúde vir trabalhar algumas ações educativas e preventivas dentro da escola...” (*suj_12 *pro_01 *are_04 uce nº 107).

“... palestras educativas que versaram sobre diversos temas: sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, higiene e orientação da escovação, método contraceptivo, atualização do cartão de vacinação...” (*suj_13 *pro_01 *are_02 uce nº 118).

Pelas falas dos gestores e equipe multidisciplinar de saúde acima referidas, as oportunidades efetivamente desenvolvidas nas escolas pesquisadas, foram primordialmente àquelas referentes à promoção e prevenção à saúde e capacitação de jovens multiplicadores, constantes dos componentes II e III do PSE.

Entretanto, o Programa Saúde na Escola (PSE) preconiza que as avaliações clínicas periódicas multidisciplinares identifiquem fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo com o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada fase da vida do escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas (BRASIL, 2008b).

Não obstante, os princípios fundamentais que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) diz textualmente que ele deve ser universal, integral, equânime e ter a participação social no seu controle e na sua gestão.

Considerando-se a integralidade das ações constantes nos 3 componentes do PSE e levando-se em conta as falas dos participantes do estudo, pode-se inferir que o cuidado clínico periódico preconizado pelo Programa Saúde na Escola, praticamente não foi realizado.

Por último, a leitura das Unidades Textuais da classe 5 -) **Recursos do PSE**), participante do eixo gestão do PSE, apresentou 20 UCE, representando 12% do material analisado nas entrevistas dos gestores, com 38 palavras selecionadas e tendo como principal assunto comentado a origem e a destinação dos recursos no PSE.

As principais palavras referidas nessa classe foram Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, materiais, recursos, fundo a fundo, necessários, equipamentos, repasse e compras.

A grande maioria dos gestores refere à origem dos recursos para efetivação das ações do PSE, como sendo do Ministério da Saúde e do município, de acordo com o descrito abaixo:

*“... os recursos são oriundos do governo federal através do Ministério da Saúde que chegam ao município através da secretaria municipal de saúde...”. (*suj_21 *ges_10 *are_02 uce n° 213).*

*“... consideramos que os recursos para efetivação do pse não são apenas adquiridos pelo ministério da saúde, a estrutura da escola, a equipe de saúde, os equipamentos clínicos e materiais são das próprias unidades de saúde que permitem as ações do pse...”. (*suj_20 *ges_01 *are_00 uce n° 200).*

No entanto, percebem-se dúvidas por parte da equipe multiprofissional, quanto a origem dos recursos para atender de forma eficaz as demandas do PSE.

*“... penso que os recursos são originados pelo Ministério da Saúde que repassa para o município comprar equipamentos e materiais necessários ao programa...”. (*suj_14 *pro_03 *are_01 uce n° 128).*

*“... esses recursos devem vir do Ministério da Saúde que repassa fundo a fundo para a secretaria municipal de saúde...”. (*suj_17 *pro_02 *are_02 uce n° 150).*

“... segundo minhas informações, acredito que esses recursos devam vir do Ministério da Saúde, fundo a fundo...”. (*suj_18 *pro_02 *are_01 uce nº 159).

“... eu acredito que os recursos sejam originados do ministério da saúde...”. (*suj_15 *pro_02 *are_04 uce nº 137).

Quanto ao financiamento do Programa Saúde na Escola, de acordo com o que está descrito no Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é responsabilidade dos Ministérios da Saúde, da Educação e dos Municípios a responsabilidade pelo custeio do PSE.

Esse decreto preconiza que “Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE, observadas as disponibilidades orçamentárias”, (BRASIL, 2007).

A Portaria nº 1.910/GM/MS, de 08 de agosto de 2011, estabeleceu o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para transferência dos recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Este termo estabelece a pactuação de 500 escolares/ano por Equipe de Saúde da Família para as ações do Componente I – Avaliação Clínica e psicossocial e 1000 escolares/ano por Equipe de Saúde da Família para as ações do Componente II – Promoção e prevenção à saúde, estabelecendo que inicialmente, 70% (setenta por cento) do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo mensal das equipes de Saúde da Família que atuam no PSE seria creditado e que os 30% (trinta por cento) restantes dos recursos seriam repassados aos Municípios quando fossem atingidas 70% (setenta por cento) das metas pactuadas no Termo de Compromisso firmado. (BRASIL, 2011).

Portanto, como o Programa Saúde na Escola envolve diretamente os Ministérios da Saúde e da Educação, além dos municípios, através de suas secretarias de saúde e de educação, o financiamento para o desenvolvimento de suas ações é de responsabilidade das três partes, podendo ainda, receber a participação técnica e o aporte financeiro dos estados federativos.

Quanto, a saber, se os recursos destinados ao PSE estão atendendo as necessidades do programa, há opiniões diversas entre os gestores e equipe multiprofissional.

“... acredito que os recursos que estão chegando são suficientes e atendem às necessidades do programa...” (*suj_21 *ges_10 *are_02 uce n° 213).

“... os recursos, até onde a gente tem acompanhado, tem suprido sim...” (*suj_19 *ges_02 *are_00 uce n° 167).

“... considerando a amplitude das ações do pse, não é a questão do volume de recursos para atender as necessidades, mas a forma como o recurso é repassado...” (*suj_20 *ges_01 *are_00 uce n° 196).

“... os recursos atendem parcialmente as necessidades do programa, (*suj_11 *pro_01 *are_04 uce n° 99).

“... não tenho condições de avaliar se os recursos estão atendendo as necessidades. Eu acredito que existam falhas. Não sei se decorrentes da falta de recursos” (*suj_18 *pro_02 *are_01 uce n° 160).

Assim, as falas dos participantes dessa pesquisa elucidaram as várias faces do Programa Saúde na Escola do município de Mossoró/RN, demonstrando que as diretrizes do PSE são de conhecimento dos gestores e da equipe multiprofissional. Entretanto, verifica-se que as ações do PSE efetivamente oportunizadas aos escolares foram àquelas referentes à promoção e prevenção à saúde, além do diagnóstico das condições de saúde, dentre esses, da condição de saúde bucal e do estado nutricional.

Desse modo, observou-se uma fragilidade na gestão do programa visto que a disponibilidade dos recursos para a efetivação de estruturas (física, pessoal, materiais e insumos) apropriadas estão prejudicadas pela pouca

efetividade da intersectorialidade saúde-educação e pela ineficácia de sua gestão.

4.2 ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES

Quando analisado individualmente, o IMC dos escolares pesquisados não apresentou diferenças significativas nas comparações realizadas.

Uma análise de variância foi realizada, mas não encontrou diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as variáveis dependentes (peso, estatura e IMC) em função das regiões e sexo, entre todas as comparações feitas (Tabela 02).

Corroborando com nossos resultados, Rodrigues (2011) ao avaliar escolares de ambos os sexos, com idade entre quatro e dezoito anos, da rede pública de ensino da cidade de Juiz de Fora/MG, concluiu em seu estudo que não foi observado um padrão de associação para meninos e meninas quanto ao IMC e a idade, sendo a valorização e o controle do crescimento físico de grande utilidade para a saúde dos escolares (RODRIGUES, 2011).

Tabela 02: Variáveis antropométricas dos escolares atendidos no PSE por região e sexo, Mossoró-RN,2013.

Regiões	Variáveis Antropométricas	Sexo		Teste t(p valor)
		Masculino	Feminino	
Norte	Peso Corporal	38,8 ± 13,8	38,5 ± 11,7	0,101 (0,920)
	Estatura	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,1	0,551 (0,583)
	IMC	18,2 ± 4,1	18,4 ± 2,9	-0,228 (0,820)
Sul	Peso Corporal	39,6 ± 14,1	40,6 ± 16,1	-0,377 (0,707)
	Estatura	1,4 ± 0,2	1,4 ± 0,1	0,551 (0,583)
	IMC	18,4 ± 3,4	19,3 ± 5,5	-1,128 (0,261)
Leste	Peso Corporal	43,1 ± 17,9	39,4 ± 11,7	1,323 (0,189)
	Estatura	1,5 ± 0,5	1,4 ± 0,5	0,366 (0,715)
	IMC	19,1 ± 4,9	18,6 ± 3,1	0,787 (0,433)
Oeste	Peso Corporal	39,4 ± 11,2	41,9 ± 17,2	-0,932 (0,353)
	Estatura	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,2	-1,227 (0,222)
	IMC	17,9 ± 2,7	18,8 ± 5,1	-1,237 (0,219)

Contrariamente, os estudos de Corso (2012), com escolares matriculados no ensino fundamental do estado de Santa Catarina revelaram que os valores do IMC foram superiores para os meninos e entre os escolares mais velhos, havendo necessidade de incentivar programas de prevenção nos cuidados de atenção integral à saúde, principalmente de crianças na idade escolar.

Em relação ao estado nutricional verificado nos escolares de nossa pesquisa (Tabela 03), observou-se que o grupo masculino, apresenta uma predominância de sujeitos eutróficos (66,3%, n=136), seguido de Baixo Peso igual a 17,6% (n=36) e 16,1% de obesos (n=33), estando a maior incidência de eutróficos localizados na região Sul (36,0%) e a menor, na região norte (9,6%); de baixo peso localizados na região Sul (33,3%) e a menor, na região Leste (11,1%) e Obesos, com maior incidência na região leste (33,3%) e a menor, na região norte (12,1%).

No grupo feminino, foi constatada a predominância de sujeitos eutróficos representando 70,7% (n=140), seguido de Baixo Peso 14,1% (n=28) e 15,2% de obesos (n=30) com a maior incidência de eutróficos localizados região Leste (36,4%) e a menor, na região Norte (15,7%); de baixo peso localizados na região Sul (39,3%) e a menor, na região Norte (14,3%) e Obesos, com maior incidência na região Sul (33,3%) e a menor, na região Norte (10%).

Assim, podemos observar que quando analisamos nossos dados entre os sexos, os valores apresentados estão muito próximos para baixo peso, eutróficos e obesos.

No Brasil, segundo o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis 2011–2022 do Ministério da Saúde, a prevalência de crianças eutróficas é de 52,2%, com sobrepeso 33,5% e com obesidade 14,3%, na faixa etária de cinco a nove anos. Na faixa de 10 a 19 anos, diagnosticou-se em adolescentes, 76% eutróficos, 20% com sobrepeso e a prevalência de obesidade de 4,0% em meninas e de 5,9% em meninos (ALMEIDA et al, 20014).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009), na avaliação antropométrica de escolares da rede pública e privada das capitais

brasileiras, constatou que 69,7% eram eutróficos, resultado semelhante aos nossos achados.

Rodrigues (2011), pesquisando escolares de ambos os sexos, com idade entre quatro e dezoito anos, da rede pública de ensino da cidade de Juiz de Fora/MG, concluiu que 61,4% eram eutróficos, dados esses próximo aos encontrados em nosso estudo. Porém, nos dados da obesidade os meninos de nossa amostra apresentaram valores menores que os achados naquele estudo.

Estudo com 261 escolares com idade entre sete e nove anos da rede municipal de ensino de Mogi Guaçu, SP avaliou o estado nutricional desse grupo verificando que 65,9% eram eutróficos, também aproximado do valor encontrado em nosso estudo, e 33,8% apresentavam índice de obesidade e somente 0,8% casos de baixo peso (JESUS; SIMÕES, 2011).

Por sua vez, Corso (2012), avaliando em pesquisa 4.964 escolares de oito escolas do ensino fundamental do estado de Santa Catarina, concluiu que 78,5% eram eutróficos e 21,5% apresentavam-se obesos, semelhantes entre sexo e categorias de idade.

Sabe-se que as mudanças sócio demográficas alavancadas pela urbanização desenfreada e desorganizada levaram nossa população à mudança de estilos de vida mais saudáveis para comportamentos mais sedentários, mudança do perfil do estado nutricional e conseqüentemente ao aparecimento do sobrepeso e da obesidade como fatores predominantes em nossa atual população, principalmente entre crianças e adolescente.

No entanto, cabe ressaltar que o quadro de baixo peso e a crescente evolução da obesidade também presente nos escolares pesquisados coloca a gestão do programa com a necessidade de diminuir esses índices, visto que a avaliação do estado nutricional e a promoção da alimentação saudável são ações preconizadas pelo PSE.

Assim, o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes brasileiros com idade escolar é uma realidade que merece cuidado, atenção e preocupação por parte de toda sociedade. Sabe-se que, se não tratados esses indivíduos chegarão à vida adulta, também, obesos. Isso levaria essa população a um alto risco de desenvolver problemas de saúde, principalmente disfunções metabólicas e cardiovasculares (JESUS; SIMÕES, 2011).

Tabela 03: Estado nutricional dos escolares atendidos no PSE, por região e sexo, Mossoró-RN, 2013.

MASCULINO		Baixo Peso		Eutrófico		Obeso		
	ntotal	%	N	%	N	%	n	%
Norte	26	12,7	9	25,0	13	9,6	4	12,1
Sul	71	34,6	12	33,3	49	36,0	10	30,3
Leste	48	23,4	4	11,1	33	24,3	11	33,3
Oeste	60	29,3	11	30,6	41	30,1	8	24,2
Ntotalgeral	205		36		136		33	
%total			17,6		66,3		16	
FEMININO		Baixo Peso		Eutrófico		Obeso		
	ntotal	%	N	%	N	%	n	%
Norte	29	14,1	4	14,3	22	15,7	3	10
Sul	56	27,3	11	39,3	35	25,0	10	33,3
Leste	64	31,2	5	17,9	51	36,4	8	26,7
Oeste	49	23,9	8	28,6	32	22,9	9	30,0
Ntotalgeral	198		28		140		30	
%total			14,1		70,7		15	

Quando avaliamos o estado de saúde bucal dos escolares pesquisados, observamos uma aproximação de suas condições quanto ao CPO da amostra masculina com a feminina. Destacamos, apenas, o alto índice CPO apresentado pelo grupo masculino da região R2 (Sul), em contraste com o baixo CPO apresentado pelo grupo do mesmo sexo da região R4 (Oeste), o que representou significância ($p=0,005$), conforme (Tabela 04).

Em relação ao CPO-D médio, o menor índice de 2,78 foi encontrado na região R3 (Leste), enquanto o maior CPO-D médio apareceu na região R2 (Sul) com 3,95. Quanto ao sexo, o menor CPO-D médio esteve representado pelo sexo feminino das regiões R1 (Norte) e R3 (Leste) com 2,50, enquanto o maior foi verificado no sexo masculino da região R2 (Sul) com 4,30.

Tabela 04: Distribuição dos dentes cariados, perdidos e obturados que compõem o CPO-D da amostra masculina e feminina, por região geográfica da cidade de Mossoró-RN, 2013.

Região	Sexo	Dente Cariado*		Dente Perdido*		Dente Obturado*		CPO-D Média- D.P
		Md	Min – Max	Md	Min – Max	Md	Min – Max	
Norte	Masc (n = 26)	1,0	[0,0; 3,0]	0,0	[0,0; 5,0]	0,0	[0,0; 8,0]	3,2±2,5
	Fem (n=29)	1,0	[0,0; 6,0]	0,0	[0,0; 3,0]	0,0	[0,0; 3,0]	2,5±2,5
Sul	Masc (n = 71)	1,0	[0,0;11,0]	0,0	[0,0; 6,0]	0,0	[0,0; 9,0]	4,3±3,1 ^a
	Fem (n=56)	1,0	[0,0;12,0]	0,0	[0,0; 4,0]	0,0	[0,0; 6,0]	3,5±3,6
Leste	Masc (n = 48)	2,0	[2,0; 8,0]	0,0	[0,0; 6,0]	0,0	[0,0; 3,0]	3,3±32,5
	Fem (n = 64)	1,0	[0,0;10,0]	0,0	[0,0; 4,0]	0,0	[0,0; 3,0]	2,5±2,4
Oeste	Masc (n = 60)	1,0	[0,0; 6,0]	0,0	[0,0; 7,0]	0,0	[0,0; 4,0]	2,7±2,5 ^a
	Fem (n = 49)	2,0	[0,0; 8,0]	0,0	[0,0; 4,0]	0,0	[0,0; 4,0]	3,5±2,7

* Valores representados pela mediana [valor mínimo e valor máximo] da distribuição
^a = Diferença significativa entre a Região Sul e Oeste (p < 0,05) encontrada pela ANOVA.

Em nossa pesquisa constatamos um CPO-D médio de 2,66 dentes afetados aos 12 anos de idade e de 3,15 como média geral para o grupo entre 07 e 15 anos. O levantamento epidemiológico de Saúde Bucal -SBBRASIL realizado no ano de 2010 encontrou um índice CPO-D de 2,1 dentes afetados como média nacional e 2,7 como média para a região Nordeste. Para o Rio Grande do Norte, apurou-se um índice de 3,3 dentes afetados em adolescentes aos 12 anos (adotado internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador pela OMS), acima da média do Nordeste com 2,6 dentes afetados e do Brasil com 2,1 dentes afetados (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Evidencia-se que o CPO-D médio dos escolares sujeitos dessa pesquisa aos 12 anos de idade é menor do que o encontrado para o Rio Grande do Norte, igual à média do Nordeste e maior do que a média encontrada para a mesma idade no Brasil.

Corroborando com nossa pesquisa, estudos realizados por Meirelles et al (2007), em escolares, com 12 anos de idade, de escolas públicas do município de Cordeirópolis/SP, concluíram que o CPO-D verificado no sexo masculino não apresentou diferença estatística significativa em relação ao sexo feminino, sugerindo que haja uma maior promoção, monitoramento e manutenção da saúde da população.

Por outro lado, Moreira et al (2007) ao avaliarem alunos de escolas públicas e privadas de João Pessoa/PB, com idades de 12 a 15 anos, encontraram diferença fortemente significativa entre o CPO-D do sexo masculino e feminino, sendo mais elevado neste último grupo, que crescia com a idade, diferentemente dos nossos achados.

As políticas públicas brasileiras voltadas para a Saúde Bucal nos últimos anos chegaram ancoradas numa realidade que colocava o nosso país entre aqueles com os maiores índices de pessoas desdentadas. Apesar do avanço registrado nessa área, observa-se no interior de nosso país diferenças importantes em termos da prevalência da cárie entre regiões e cidades e entre grupos populacionais, o que reforça cada vez mais a necessidade do conhecimento do índice de saúde bucal de nossa população (NARVAI et al, 2006; PERES et al, 2008).

Na associação entre IMC e CPO-D (Tabela 05), os resultados revelaram que nenhuma das associações apresentou-se forte para as microrregiões e nem para a região de Mossoró como um todo, com exceção da R4 (região Oeste), onde o valor encontrado aponta para uma associação moderadamente significativa, apenas no grupo masculino ($r = -0,39$). No que tange ao IMC e a Idade, todas as associações foram de intensidade moderada exceto na R4 (região Oeste) que se apresentou como fraca para a amostra masculina. Em relação ao CPO-D e a Idade, todas as associações foram fracas e quase inexistentes.

Somando-se a isso, as condições dos serviços públicos de saúde existentes nas quatro regiões onde foi realizada a pesquisa são praticamente iguais, estando representadas por uma Unidade Básica de Saúde, uma, duas ou três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) em mesmo número. O diferencial está na extensão da população que precisa ser cuidada em cada uma dessas áreas. Assim, áreas que têm

mais pessoas residindo com um número menor de equipes de saúde para prestar assistência, terão mais dificuldade de acesso aos serviços e ações do SUS.

Possivelmente, esse foi o motivo pelo qual ocorreu uma grande diferença entre o “alto” CPO da Região R2 (Sul) representada pelo bairro Alto do Sumaré e o “baixo” CPO da Região R4 (Oeste) representada na pesquisa pelo bairro Aeroporto. Enquanto a R2 (sul) possui apenas uma equipe de saúde bucal para uma população aproximada de cinco mil famílias, a R4 (Oeste) disponibiliza quatro equipes de saúde bucal para uma população equivalente. Além disso, como são áreas periféricas onde predomina um menor poder aquisitivo, prevalece uma maior concentração de doenças.

O fenômeno da concentração da doença cárie dentária em uma determinada faixa da população ou região tem sido chamado de polarização da doença. Acredita-se que no Brasil 60% da doença cárie dentária está concentrada em 20% da população de escolares. O ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social onde estão inseridos, e que se expressam por meio do processo saúde-doença (NARVAI, et al 2006)

Tabela 05: Medidas de associação do CPO-D com o IMC e Idade nas regiões em função do sexo.

		Masculino		Feminino		
		IMC	CPO-D	IMC	CPO-D	
R1 (Norte)	Idade	0,48*	0,03	Idade	0,67**	0,01
	IMC	-	0,14	IMC	-	0,13
R2 (Sul)	Idade	0,56**	-0,08	Idade	0,39**	-0,07
	IMC	-	-0,16	IMC	-	-0,14
R3 (Leste)	Idade	0,30*	-0,07	Idade	0,47**	0,09
	IMC	-	0,14	IMC	-	-0,02
R4 (Oeste)	Idade	0,19	-0,05	Idade	0,51**	-0,13
	IMC	-	-0,39**	IMC	-	0,04
TOTAL	Idade	0,37**	-0,07	Idade	0,45**	-0,03
	IMC	-	-0,07	IMC	-	-0,03

Quando comparamos os valores de CPO-D e IMC apresentados nas regiões Norte, Sul, Leste e Oeste, observamos que o menor IMC encontrado foi de 18,18 na região R4 (Oeste), enquanto o maior IMC foi 18,98 na R2 (Sul). Já em relação ao sexo, o menor IMC esteve representado pelo grupo masculino da região R4 (Oeste) com 17,90, enquanto o maior foi encontrado no grupo feminino na região R2 (Sul) com 19,30 (Tabela 01).

Apesar de possuírem um determinante em comum, que é o consumo exagerado de carboidratos fermentáveis (SALES-PERES, 2010), a associação entre esses dois índices mostrou, em nosso estudo, que uma não interfere na magnitude da outra.

Um estudo realizado por Crispim *et al* (2010) em escolares com idade entre 15 e 19 anos, no estado de Santa Catarina e outro desenvolvido por Mojarad; Maybodi (2011) em escolares com idade entre 06 e 11 anos da Escola Elementar de Hamedan, em Isfahan, no Iran, corroboram com os nossos achados, concluindo que não houve associação entre estado nutricional e Saúde Bucal

Consonantes com esses resultados, Levine (2012) e Tramine et al (2009), pesquisando escolares com 12 anos de idade na União Europeia e na França, respectivamente, também não estabeleceram associação significativa entre IMC e CPO, mas associação destes índices com o consumo de açúcar

Contrariamente aos nossos achados, pesquisa desenvolvida por Aca (2008) em escolares com idade entre 14 e 19 anos na cidade do Recife/PE, e por Cinar; Murtomaa (2011), em Istambul, na Turquia, concluíram que as crianças que possuíam os mais altos índices de cárie dentária, também previam um aumento para sobrepeso e obesidade.

Nessa comparação de CPO, IMC e Estado Nutricional observamos uma quase homogeneidade dos resultados obtidos tanto para sexo como para idade. Provavelmente, tais resultados sejam o reflexo das mesmas condições socioeconômicas e ambientais presentes igualmente nas quatro áreas geográficas pesquisadas. Normalmente, quando os indivíduos vivem nas mesmas condições, apresentam o mesmo quadro epidemiológico.

Pelo fato da obesidade e a cárie dentária possuírem um fator determinante em comum, os dentistas devem estar conscientes da demanda que a obesidade lhes colocará, identificando seus fatores de riscos comuns e

adotando políticas e estratégias direcionadas às ações de promoção, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal e da nutrição, pois o consumo de açúcar impacta sobre ambos, o que muitas vezes confunde os pesquisadores (LEVINE, 20012).

V CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Considerando a gestão do PSE no município de Mossoró-RN, a intersetorialidade saúde-educação e a atuação multidisciplinar de Gestores, Médicos, Dentistas, Enfermeiros e Educadores envolvidos com esse programa no ano de 2013, constatou-se que:

- as ações definidas pelas diretrizes do PSE e desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, em especial, avaliação do estado nutricional e avaliação da condição de saúde bucal têm executadas basicamente ações de promoção e prevenção à saúde, diagnóstico e avaliação das condições de saúde dos escolares. Provavelmente, este fato deva-se à falta de sintonia entre os setores da saúde com o da educação e à dificuldade de acesso dos escolares aos serviços de saúde.
- as estruturas (física, de pessoal, material e de insumos) disponibilizadas ao alcance das metas e diretrizes do PSE de Mossoró/RN apresentam-se inadequadas e insuficientes para o cumprimento das determinações pactuadas no programa;
- devido à inefetividade da intersetorialidade saúde-educação, os Intercâmbios previstos e necessários para implementação desse programa, são poucos e ineficientes;
- as oportunidades contempladas pelos escolares dizem respeito apenas àquelas contidas no componente II (promoção e prevenção à saúde), especialmente, palestras educativas;
- levando-se em consideração que os recursos oriundos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação são de conhecimento de gestores e equipe multidisciplinar, carecem de um melhor gerenciamento e adequação na distribuição dos mesmos;

- quanto ao estado nutricional, os escolares apresentam em sua maioria, um quadro de normalidade (eutróficos), permanecendo ainda índices remanescentes de obesidade e desnutrição, característica da região semiárida nordestina;
- quanto ao CPO, os índices encontrados são compatíveis com a idade e condição socioeconômica para a região nordestina;
- não encontramos associação do Índice de Massa Corporal (IMC) com o Índice de Saúde Bucal (CPO), para nenhuma das comparações, sendo observada uma quase homogeneidade dos resultados obtidos tanto para sexo como para idade nas diferentes regiões pesquisadas.

Diante dessas constatações, conclui-se que a gestão do Programa Saúde na Escola do município de Mossoró-RN está cumprindo, apenas, parcialmente com a efetividade de suas diretrizes. Tal fato deve-se, provavelmente, à fragilidade encontrada na intersetorialidade saúde-educação, dificultando a governança desse programa e uma melhor qualidade de saúde para os escolares.

Sugere-se, para a melhoria de seus resultados, um maior envolvimento dos setores da saúde e da educação na governança do programa e uma maior e mais bem estruturada rede de saúde para os escolares acessarem os serviços, na busca do cuidado integral, conforme determina o PSE e o Sistema Único de Saúde. Também sugerimos, a utilização desse trabalho como instrumento avaliativo da execução do PSE no município de Mossoró e em outros municípios brasileiros. Recomenda-se, ainda, outros estudos que possam elucidar a efetividade das diretrizes do PSE, constantes em seus três componentes.

VI REFERÊNCIAS

ACA, C. R. P. **Estado nutricional associado à cárie dentária em escolares adolescentes.** (2008).86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

ALMEIDA, Carla Cristina J. N. de et al. Fatores de desagregação familiar em adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade. **Rev Paul Pediatr** 2014;32(1):70-7.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>. Acesso em: 23 de fev. de 2014.

AZEVEDO, D. M; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na Análise de Dados Qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7,n.esp: p. 5015-22, jul., 2013.

BARBIANI, R. et al. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2: p.567-587, 2014.

BARBOSA, N. V. S. et al. Alimentação na escola e autonomia – desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4: p. 937-945, 2013.

BARROS, L. O.; MATARUNA, L. A saúde na escola e os parâmetros curriculares nacionais: analisando a transversalidade em uma escola fluminense. **Revista Digital**. V. 10,n.82 : p.1 -5, 2005.

BORBA, M. F. O. **Programa Saúde na Escola: uma análise sob a ótica de adolescentes e profissionais em Araripe-CE.** 2011. 65 f. Monografia (Enfermagem) Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (1996). **Programa de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: apresentação dos temas transversais, saúde / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. – (Série Promoção da Saúde; nº 6).

_____. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011**. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2012.

CASEMIRO et al. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3: p: 829-840, 2014.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico** (A Patologização da Educação), 1989. Disponível em: <www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em: 23 de fev. de 2014.

COSTA, J. V. et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2012.

CRISPIM, M. G. A. et al. Saúde bucal e sua associação com o estado nutricional e a condição socioeconômica em adolescentes. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 41-46, 2010.

PINHO, L. et al. Excesso de peso e consumo alimentar em adolescentes de escolas públicas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.1: p. 67-74, 2014.

DE ONIS, M. et al. **WHO child growth standards**: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

FALKENBERG M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3: p. 847- 852, 2014.

FERNANDES, A. G. S.; FONSECA, A. B. C.; SILVA, A. A. Alimentação escolar como espaço para educação em saúde: percepção das merendeiras do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 1: p:39-48, 2014.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2: p. 397- 402, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Coleção leitura, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Projeto SBBrasil RN 2010 - Resultados Principais**. Secretaria de Estado da Saúde Pública: Natal, 2012.

GUSHI, L. L. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.3: p.480-6, 2008.

HALLAL, P. C. et al. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) e a Vigilância em Saúde do Escolar no Brasil: questões para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.2, p.3021-3023, 2010.

JESUS, A. M.; SIMÕES, M. J. S. Avaliação antropométrica de escolares de sete a nove anos de idade da rede municipal de ensino de Mogi Guaçu, São Paulo. **Alim. Nutr.** v. 22, n. 2, p. 191-196, 2011.

LAIGNIER, M. R.; CASTRO, M. A.; SÁ, P. S. C. De olhos bem abertos: investigando acuidade visual em alunos de uma escola municipal de Vitória. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 113-9, 2010.

LEVY R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. Supl. 2: p.3085-3097, 2010.

MacDougall, Heather. Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact. **J Epidemiol Community Health**. v.61,n.11: p.955–959. 2007.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286, 2014.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos** v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autor referida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 5, p. 1387-1398, 2013.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-93, 2006.

NEVES, F. B. C. S. et al. Acuidade visual de escolares em comunidade rural da Bahia: uma atividade de promoção de saúde. **Gaz. méd. Bahia**, v. 81, n. 1, p. 10-13, 2011.

NORO, L. R. A. et al. Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.1: p.105-113, 2014.

OLIVEIRA, J. F. Reflexões sobre crescimento e desenvolvimento em crianças e adolescentes. **Movimento & Percepção**, v.6, n.8, p:49-57, 2006.

OLIVEIRA, D. S. **Prevenção da hipertensão arterial: crenças em saúde dos pais e mães de pré-escolares**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

OLIVEIRA L. J. C. et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev Saúde Pública**. v.47,n.6: p. 1039-47. 2013;

PINHO, L. et al. Excesso de peso e consumo alimentar em adolescentes de escolas públicas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.1:p.67-74, 2014.

PINTO, S. L. et al. Fatores associados à pressão arterial elevada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1065-1076, 2011.

PIUVEZAM, G.. **Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade** / Grasiela Piuvezam – Natal, RN, 2004 111 f. : Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Populacional 2010. Brasília: IBGE, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde na Escola. **Relatório de Gestão**. Mossoró, 2012. 37p.

REINERT M. Alceste: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**. v.28:24-54. 1990

RONCALLI, A. G. et al. Aspectos metodológicos do projeto SBBRASIL 2010. **Cad. Saúde Pública**. v.28: 40-57, 2012.

SALES-PERES, S. H. C. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em adolescentes na região centro-oeste do estado de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.Supl. 2: p:3175-3184, 2010.

SANTOS, J. M. O. **Programa Saúde na Escola e limites da intersectorialidade: porque municípios não cumprem metas de gestão?** Relato de Experiência na Comunidade, IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. Mossoró, 2014.

SILVA, M. A. M. et al. Condições de saúde bucal em escolares de Vassouras/RJ: uma pesquisa epidemiológica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.12, n. 1: p:52-56, 2010.

SILVA, C. M. F. et al. Desempenho escolar: interferência da acuidade visual. **Rev Bras Oftalmol**. v.72, n.3: p.168-71, 2013.

SPAZZIANI, M. L. A Saúde na Escola: Da Medicalização à Perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, v.3, n.1, p.41-62, 2001.

TRAMINI, P. et al. Association between caries experience and body mass index in 12-year-old French children. **Caries Res**. v. 43, n.6: p.468-73. 2009;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Programa Saúde na Escola - Serra Verde. **Avaliação de estudantes realizada pelo programa saúde na**

escola em uma instituição acadêmica pública municipal. Belo Horizonte, UFMG, 2013.

VIEIRA, M. A. et al. Pressão arterial de crianças e adolescentes de escolas públicas de Cuiabá, Mato Grosso. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.22, n.Especial-Nefrologia, p.473-5, 2009.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6: p.1859-1868, 2014.

ANEXOS

Anexo 01 - Roteiro da entrevista semiestruturada.

- 1- Que **AÇÕES** são desenvolvidas pela Secretaria de Saúde/ Educação para efetivação do Programa Saúde na Escola?
- 2- Qual é a origem dos **RECURSOS** destinados ao Programa Saúde na Escola? Os mesmos estão atendendo as necessidades do programa?
- 3- O Programa Saúde na Escola está **OPORTUNIZANDO** a participação de todas as crianças?
- 4- A **INFRAESTRUTURA** de atendimento está de acordo com as necessidades do programa?
- 5- Quais são os outros ambientes considerados importantes e que apresentam padrões de **INTERCÂMBIO** social com o Programa Saúde na Escola?

Anexo 02 – Ficha de avaliação de saúde bucal – OMS – 1997

Pais _____

Deixar em branco (1) (4) (5) (8) (9) (10) (11) (14) (15) (18)

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome _____

Data Nascimento (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)

Idade em anos (21) (22)

Sexo (M=1, F=2) (23)

Grupo Étnico (24)

Ocupação (28)

Localização Geográfica (26) (27)

Tipo de localidade (28)

1 = Urbano
2 = Periurbano
3 = Rural

OUTROS DADOS
(Especificar descrição e códigos)

(29) _____
(30) _____
(29) _____

CONTRA-INDICAÇÕES PARA EXAME

Motivo _____ (29)

0 = Não
1 = Sim

AVALIAÇÃO CLÍNICA

EXAME EXTRA-ORAL

0 = Aparência extra-oral normal
1 = Úlceração, feridas, erosões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)
2 = Úlceração, feridas, erosões, fissuras (nariz, bochechas, queixo)
3 = Úlceração, feridas, erosões, fissuras (comissuras)
4 = Úlceração, feridas, erosões, fissuras (linha cutâneo-mucosa)
5 = Cancro bucal
6 = Anormalidades dos lábios
7 = Linfônodos entumescidos (cabeça, pescoço)
8 = Outros inchaços da face e maxilares
9 = Sem registo

(32)

AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

SINTOMAS

0 = Não
1 = Sim
9 = Sem registo

(33)

SINAIS

0 = Não
1 = Sim
9 = Sem registo

Estalido (34)

Sensibilidade à palpação (35)

Mobilidade reduzida da mandíbula (abertura < 30 mm) (36)

MUCOSA ORAL

CONDIÇÃO

0 = Sem anomalias
1 = Tumor maligno (câncer)
2 = Leucoplasia
3 = Líquen plano
4 = Úlcera (afosa, herpética, traumática)
5 = Gingivite Necrosante Aguda
6 = Candidíase
7 = Abscesso
8 = Outras condições (especificar, se possível)
9 = Sem registo

(37) (38) (39) (40) (41) (42)

LOCALIZAÇÃO

0 = Linha cutâneo-mucosa
1 = Comissuras
2 = Lábios
3 = Sulco
4 = Mucosa oral
5 = Aseolho da boca
6 = Língua
7 = Palato duro e/ou mole
8 = Crista alveolar/gingiva
9 = Sem registo

OPACIDADE / HIPOPLASIA DO ESMALTE

Dentes permanentes

0 = Normal
1 = Opacidade delimitada
2 = Opacidade difusa
3 = Hipoplasia
4 = Outros defeitos
5 = Opacidades difusas e delimitadas
6 = Opacidades delimitadas e hipoplasia
7 = Opacidades difusas e hipoplasia
8 = Todas as três condições
9 = Sem registo

14 13 12 11 21 22 23 34

(43) (46) (49) (50) (51) (52)

FLUOROSE DENTÁRIA

0 = Normal
1 = Questionável
2 = Muito Leve
3 = Leve
4 = Moderada
5 = Severa
8 = Excluído
9 = Sem registo

(53)

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI)

0 = Higido
1 = Sangramento
2 = Cálculo
3* = Bolsa de 4-5 mm (faixa preta da sonda parcialmente visível)
4* = Bolsa de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda não visível)
x = Sedante excluído
9 = Sem registo

17/18 11 36/7

(54) (55) (56) (57)

PERDA DE INSERÇÃO *

0 = 0-3 mm
1 = 4-5 mm (junção cimento-esmalte (JCE) dentro da faixa preta)
2 = 6-8 mm (JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca de 8,5 mm)
3 = 9-11 mm (JCE entre as marcas 8,5 e 11,5 mm)
4 = 12 mm ou mais (JCE acima da marca 11,5)
x = Sedante excluído
9 = Sem registo

17/18 11 36/7

(60) (61) (62) (63) (65)

* Não registar em idades abaixo de 15 anos

CONDIÇÃO DENTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Nº Identificação _____

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Coroa (66)

Raiz (67)

Trat. (68)

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Coroa (114)

Raiz (130)

Trat. (146)

Dentes Decíduos

Coroa Raiz

(81) A 0 0
(97) B 1 1
(113) C 2 2
D 3 3
E 4 -
F 5 -
G 6 -
7 7

Dentes Permanentes

Coroa Raiz

0 0
1 1
2 2
3 3
4 -
5 -
6 -
7 7
8 8
T T
9 9

CONDIÇÃO

Sadio
Cariado
Restaurado com cárie
Restaurado sem cárie
Perdido por cárie
Perdido outras razões
Selante
Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante
Dente não erupcionado (coroa/raiz não exposta)
Trauma (fratura)
Sem registo

TRATAMENTO

0 = Nenhum
P = Cuidado preventivo/cariostático
F = Selante
1 = Restauração 1 face
2 = Restauração 2 ou mais faces
3 = Coroa por qualquer motivo
4 = Faceta laminada
5 = Tratamento pulpar e restauração
6 = Extração
7 = Outros cuidados
8 = Outros cuidados
9 = Sem registo

