



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Luiza Rahmeier Fietz Rios

**Avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde com
ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros**

Florianópolis

2025

Luiza Rahmeier Fietz Rios

**Avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde com
ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Claudia Flemming Colussi,
Dra.

Coorientadora: Profa. Solena Ziemer Kusma
Fidalski, Dra.

Florianópolis

2025

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Rios , Luiza Rahmeier Fietz

Avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros / Luiza Rahmeier Fietz Rios ; orientadora, Claudia Flemming Colussi, coorientador, Solena Ziemer Kusma Fidalski, 2025.

203 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Bucal. 3. Promoção da Saúde. 4. Avaliação em Saúde. I. Colussi, Claudia Flemming . II. Fidalski, Solena Ziemer Kusma. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Luiza Rahmeier Fietz Rios

**Avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde com
ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 27 de junho de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Simone Tetu Moyses, Dra.

Instituição Pontifícia Universidade Católica do Paraná (aposentada)

Profa. Nilcema Figueiredo, Dra.

Instituição Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Renata Goulart Castro, Dra.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.



Documento assinado digitalmente
Ana Luiza de Lima Curi Hallal
Data: 05/09/2025 12:46:43-0300
CPF: *** 987.250-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Ana Luiza De Lima Curi Hallal , Dra.

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva UFSC



Documento assinado digitalmente
Claudia Flemming Colussi
Data: 04/09/2025 14:19:56-0300
CPF: ***.392.299-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Claudia Flemminng Colussi, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2025

Dedico esta tese a minha pequena Liz,
minha grande fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

É domingo. Lá fora, o tempo segue seu curso, e enquanto minha filha passeia no zoológico com meu esposo, aqui estou, tecendo as últimas palavras desta jornada que atravessou mais do que artigos e livros. Foram quatro anos e alguns meses em que vivi não apenas um doutorado, mas capítulos inteiros de vida: gravidez, o nascimento da minha Liz, duas mudanças pelo Brasil e muitos recomeços. Esta tese começou a ser escrita em Santa Catarina, seguiu para o Maranhão e agora encontra seu desfecho no Paraná. Partes dela também foram tecidas no Mato Grosso do Sul e no Rio Grande do Sul.

Diante de tudo isso, é impossível não olhar para trás com gratidão.

Agradeço, primeiramente, a Deus, minha fonte de direção, sabedoria e propósito. É Ele quem guia os caminhos, abre e fecha portas e acalma o coração nos dias nublados.

Ao João Gabriel, companheiro fiel, obrigada por cada gesto de incentivo, por estar ao meu lado nos dias de silêncio e naqueles em que tudo parecia demais.

À minha filha Liz, que chegou como luz e se tornou meu farol. Por ela, segui. Por ela, me reinventei. E por ela, sonhei mais alto.

Aos meus pais, que me ensinaram que a educação é uma herança eterna. Este é um legado que carrego com orgulho.

À minha orientadora, minha gratidão pela paciência constante e pela compreensão nas minhas ausências e desencontros. Conciliar maternidade, compromissos profissionais e pesquisa exigiu mais de mim do que eu podia prever. Sua escuta generosa foi essencial para que esta travessia se concretizasse.

À minha coorientadora, por ser ponte e suporte ao longo do caminho, indicando pessoas e materiais que enriqueceram este trabalho e ampliaram meu olhar.

Agradeço, ainda, à minha família, amigos, colegas de trabalho, companheiros de estudo e professores que, de alguma forma, cruzaram meu caminho e deixaram ali sementes de apoio, inspiração ou conhecimento. Seria impossível nomear todos, pois a memória pode falhar, e omitir alguém seria injusto com tantas presenças que, mesmo silenciosas, foram fundamentais.

RESUMO

A promoção da saúde é uma prática complexa voltada à melhoria das condições e modos de vida das pessoas. No campo da saúde bucal, as estratégias de promoção da saúde são fundamentais e devem ser intrasetoriais, intersetoriais e orientadas por princípios como equidade, participação e empoderamento. Apesar de sua importância, observa-se escassez de publicações e estudos avaliativos sobre o tema. Esta tese teve como objetivo avaliar a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem mista, desenvolvida em duas etapas: (1) Estudo de Avaliabilidade, com elaboração e validação do Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB); (2) Estudo de Casos Múltiplos, com aplicação do instrumento em três municípios brasileiros de grande porte populacional, representando contextos distintos. A coleta de dados envolveu questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas com gestores, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Os dados quantitativos foram analisados por escores e agregações por dimensão, e os qualitativos por análise temática. Os resultados revelaram que apenas uma equipe alcançou classificação “avançada”, três “intermediária” e duas “incipiente”. As principais barreiras identificadas incluíram ausência de articulação intrasetorial e intersetorial, falta de materiais, baixa adesão dos usuários e limitações no papel dos ACS como educadores em saúde bucal. No Maranhão, observou-se uma barreira adicional: infraestrutura precária nos serviços de saúde bucal. Conclui-se que, embora haja avanços normativos, persistem entraves institucionais, operacionais e culturais que comprometem a implementação dessas ações. Recomenda-se o fortalecimento da gestão participativa, da infraestrutura e do protagonismo das equipes de APS para o desenvolvimento de estratégias mais resolutivas, integradas e sustentáveis.

Palavras- Chave: Saúde Bucal; Promoção da Saúde; Avaliação em Saúde; Pesquisas Quantitativas; Pesquisas Qualitativas.

ABSTRACT

Health promotion is a complex practice aimed at improving people's living conditions and ways of life. In the field of oral health, these strategies are essential and must be intrasectoral, intersectoral, and guided by principles such as equity, participation, and empowerment. Despite their relevance, there is a lack of publications and evaluative studies on the subject. This thesis aimed to evaluate the implementation of health promotion strategies with an emphasis on oral health within the context of Primary Health Care (PHC) in different Brazilian settings. This is an evaluative research study with a mixed-methods approach, developed in two stages: (1) an Evaluability Assessment, which involved the development and validation of the Instrument for Evaluating the Implementation of Health Promotion Strategies with Emphasis on Oral Health (IAI-PS-SB); and (2) a Multiple Case Study, applying the instrument in three large Brazilian municipalities with distinct contexts. Data collection included structured questionnaires and semi-structured interviews with managers, dentists, nurses, and community health workers. Quantitative data were analyzed using scores and aggregation by dimension, while qualitative data underwent thematic analysis. Results showed that only one team was classified as "advanced," three as "intermediate," and two as "incipient." Main barriers included lack of intra- and intersectoral coordination, material shortages, low user adherence, and limited roles of community health workers as oral health educators. An additional barrier in Maranhão was the inadequate infrastructure of oral health services. Despite normative advances, institutional, operational, and cultural challenges remain, limiting the effectiveness of these strategies. Strengthening participatory management, infrastructure, and the role of PHC teams is recommended to support more integrated, effective, and sustainable approaches.

Keywords: Oral Health; Health Promotion; Health Evaluation; Quantitative Research; Qualitative Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cronologia dos principais eventos nacionais e internacionais que influenciaram o movimento da promoção da saúde no Brasil.....	23
Figura 2 - Emblema da promoção da saúde.....	26
Figura 3 - Determinantes Sociais e Comerciais da Saúde Bucal.....	41
Figura 4 - Abordagem de fatores comuns de risco.....	49
Figura 5 - Etapas desenvolvidas no estudo de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas transversais, temas prioritários e eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2018.....	27
Quadro 2 - Intervenções de promoção à saúde, conforme as categorias estabelecidas por Crall, 2001.....	44
Quadro 3 - Resumo dos instrumentos de avaliação relacionados com a promoção da saúde.	55
Quadro 1 – Artigo 2: Dimensões (Dim.), subdimensões e indicadores utilizados para avaliação do grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na APS.....	70
Quadro 2 – Artigo 2: Forma de agregação para emissão do juízo de valor.....	553
Quadro 3 – Artigo 2: Grau de implementação das estratégias de promoção da saúde voltadas para a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), por Equipe de Saúde (E).....	74
Quadro 1 – Artigo 3: Extratos de depoimentos representativos das barreiras na categoria Ações para Promoção da Saúde relacionais à implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraná, 2024.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Artigo 3: Cenário do estudo, conforme as características contextuais dos municípios do Maranhão (MA), Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR).....	90
Tabela 1 – Artigo 3: Perfil dos entrevistados nos municípios do Maranhão (MA), Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR).....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão para Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HESIAD	Health education, service improvement and advocacy for policy changes framework
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
SBBrazil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGN	Técnica do Grupo Nominal
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
3.1.1 Evolução histórica.....	20
3.1.2 Conceito e estratégias	24
3.1.3 Promoção da saúde à luz da Política Nacional de Promoção da Saúde ...	27
3.1.4 Ações de Promoção da Saúde	30
3.2 SAÚDE BUCAL	32
3.2.1 Antecedentes históricos de atenção à saúde bucal no Brasil no setor público.....	32
3.2.2 Um novo conceito de saúde bucal.....	35
3.2.3 Aspectos epidemiológicos	37
3.2.4 Saúde Bucal, Promoção da Saúde e Determinantes da Saúde	39
3.2.5 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.....	43
3.2.6 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal: alguns contrapontos	47
3.2.7 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal: um conceito.....	50
3.3 AVALIAÇÃO E AVALIABILIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	53
4 METODOLOGIA	60
4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	60
4.1.1 Revisão de literatura e análise documental	61
4.1.2 Elaboração do Modelo Teórico	61
4.1.3 Elaboração da Matriz Avaliativa e Matriz de Análise e Julgamento	62
4.1.4 Validação modelo avaliativo.....	62
4.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	63
4.2.1 Definição dos casos e das unidades de análise.....	64
4.2.2 Coleta de dados.....	64
4.2.3 Análise dos dados	65

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	66
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS PARA A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS DO BRASIL	68
5.2 ARTIGO 3 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: A PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE	87
6 CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE A – ARTIGO 1: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE BUCAL (IAI-PS-SB)	122
APÊNDICE B – TCLE (OFICINA DE CONSENSO)	140
APÊNDICE C – TCLE (ENTREVISTA).....	142
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS .	144
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS	154
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ACS	161
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO APLICADOS AOS GESTORES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO	167
APÊNDICE H – RATIONALES	171
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 6.538.626	198

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde bucal, apesar dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento de procedimentos clínicos complexos, ainda se observa a persistência de doenças evitáveis e tratáveis, como a cárie dentária e a doença periodontal. Embora a prevenção e o tratamento dessas condições estejam bem estabelecidos, tais agravos continuam a afetar grande parte da população, sobretudo os grupos mais vulnerabilizados (Santos *et al.*, 2008; Watt, 2005; WHO, 2023).

O grande desafio é criar oportunidades e condições para que indivíduos e comunidades possam usufruir da saúde bucal (Watt, 2005). Apesar dos avanços nas técnicas e nos tratamentos odontológicos, as intervenções curativas, por si só, não são suficientes para erradicar as doenças bucais, uma vez que suas causas subjacentes se encontram nos determinantes sociais, políticos e econômicos mais amplos (Garrafa e Moysés, 1996; Sheiham e Watt, 2000).

Nesse sentido, é legítimo defender ações voltadas à promoção da saúde bucal, com foco em melhorias sustentáveis, redução dos agravos bucais e diminuição das iniquidades, mediante intervenções orientadas pelos principais determinantes desses agravos (Kusma *et al.*, 2012).

A promoção da saúde constitui uma práxis ampla e complexa, cujo propósito fundamental é aprimorar as condições de vida e os modos de existência dos diferentes sujeitos sociais (Brasil, 2018a). Essa abordagem visa à redução dos riscos à saúde relacionados a fatores determinantes de ordem social, econômica, política, cultural, ambiental e comercial (Brasil, 2018a; Niranjana *et al.*, 2017; Silveira-Filho *et al.*, 2016; WHO, 2023). Trata-se, portanto, de um processo político e social abrangente (OMS, 2021), que envolve tanto o fortalecimento das competências individuais quanto ações estruturais voltadas à modificação dos determinantes em diferentes esferas.

As ações de promoção da saúde se estendem por múltiplos níveis, individual, organizacional, social e político, e demandam intervenções articuladas e integradas (Kumar, 2012). Essas estratégias podem incluir práticas educativas, formulação e implementação de políticas públicas, qualificação dos serviços de saúde, entre outras iniciativas (Niranjana *et al.*, 2017; Hubley *et al.*, 2021). Contudo, para que sejam efetivas, tais estratégias devem se ancorar na identificação das necessidades

reais da população e na mitigação dos riscos à saúde (Silveira-Filho et al., 2016). É importante destacar que a promoção da saúde não se limita à prevenção, embora esta constitua uma dimensão indispensável dentro de um escopo mais abrangente.

Especificamente no campo da odontologia, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o objetivo das ações de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal é estimular a autonomia dos cidadãos e reduzir os fatores de risco que ameaçam sua saúde (Brasil, 2004). Tais ações devem estar "inseridas em um conceito amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva" (Brasil, 2004, p. 8). As estratégias de promoção da saúde bucal no SUS, conforme o documento das Ações Estratégicas para implementação da Lei nº 14.572/23, são guiadas por princípios que reafirmam a necessidade de mudança do modelo de atenção como condição para a sustentabilidade da PNSB. Entre eles, destaca-se a integralidade das ações, articulando o cuidado individual e coletivo, a promoção e prevenção com o tratamento e a reabilitação, incluindo a atenção às urgências. Além disso, reconhece-se a promoção da saúde como dimensão essencial da vida, associada à qualidade, ao prazer, à estética e à solidariedade, valorizando práticas sensíveis à realidade brasileira.

Especificamente no campo da Odontologia, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o objetivo das ações de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, é estimular a autonomia dos cidadãos e reduzir os fatores de risco que ameaçam sua saúde (Brasil, 2004). Tais ações devem estar "inseridas em um conceito amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva" (Brasil, 2004, p. 8). As estratégias de promoção da saúde bucal no SUS, conforme o documento das Ações Estratégicas para implementação da Lei nº 14.572/23, são guiadas por princípios que reafirmam a necessidade de mudança do modelo de atenção, como condição para a sustentabilidade da PNSB. Entre eles, destaca-se a integralidade das ações, articulando o cuidado individual e coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a reabilitação. Reconhece-se a promoção da saúde como dimensão essencial da vida, associada à qualidade, ao prazer, à estética e à solidariedade, valorizando práticas sensíveis à realidade brasileira (Brasil, 2024).

A promoção da saúde bucal envolve, portanto, a construção de políticas

públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a toda a comunidade, como aquelas que promovem o acesso à água tratada, incentivam a fluoretação das águas, o uso de dentifrícios fluoretados e asseguram a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos adequados. Além disso, tais estratégias devem abordar fatores de risco e proteção comuns a outros agravos, como diabetes, hipertensão, obesidade, traumas e câncer, incluindo políticas de alimentação saudável, com redução do consumo de açúcares, abordagens comunitárias que incentivem o autocuidado com a higiene corporal e bucal, e políticas para eliminação do tabagismo e prevenção de acidentes (Brasil, 2004, p. 8).

Apesar da relevância das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, ainda são escassas as publicações sobre o tema, bem como estudos avaliativos voltados à sua implementação. A atenção primária à saúde (APS), reconhecida como locus privilegiado para ações sobre os determinantes sociais da saúde e para a produção do cuidado em territórios (Starfield, 2002; Turci *et al.*, 2009), tem sido fortemente marcada por práticas assistenciais. Na saúde bucal, isso se expressa na hegemonia de modelos clínico-curativos e individualizados, que reproduzem a lógica tecnicista da prática odontológica tradicional, dificultando a institucionalização das ações de promoção da saúde como parte da rotina dos serviços (Moysés, 2001; Narvai, 2010; Pucca *et al.*, 2009; Bulgarel *et al.*, 2014).

A operacionalização das estratégias de promoção da saúde no cotidiano da APS é complexa e dependente de diversos fatores contextuais, como os arranjos organizacionais, os modelos de gestão, os recursos disponíveis, as práticas profissionais e as condições socioeconômicas dos territórios (Buss e Pellegrini Filho, 2007; Hartz *et al.*, 2000). Nesse sentido, investigar como essas ações são desenvolvidas na realidade dos municípios brasileiros, levando em conta suas diferentes realidades locais, é essencial para compreender os avanços, limites e possibilidades dessa agenda.

A avaliação em saúde é definida como uma análise crítica de determinada intervenção (Barros *et al.*, 2019), sendo uma ferramenta essencial para a gestão, com o intuito de promover mudanças efetivas nas políticas e nos serviços de saúde (Flôres, *et al.*, 2018). Como afirma Hartz (1997, p. 96), “não se pode assegurar a eficácia das intervenções se não se souber antes quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna”.

Dessa forma, justifica-se a realização do presente estudo, que teve como objetivo avaliar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros, com base em uma análise que considera tanto os aspectos técnicos e organizacionais quanto as condições territoriais e os desafios estruturais da atenção primária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar, validar e aplicar um modelo de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal;
2. Verificar as diferenças na implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal nos diferentes contextos brasileiros;
3. Identificar as principais barreiras relacionadas ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1.1 Evolução histórica

O conceito de promoção da saúde foi introduzido em 1945 pelo historiador da medicina Henry E. Sigerist. Para o autor, as quatro principais funções da medicina seriam: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação da enfermidade e reabilitação (Kumar e Preetha, 2012). Sigerist defendia que a saúde deveria ser promovida por meio de um estilo de vida digno e de boas condições de trabalho, educação, cultura e lazer.

Historicamente, embora propostas voltadas à promoção da saúde já estivessem presentes, elas não assumiam protagonismo nos modelos assistenciais. No Brasil, destacam-se, no início do século XX, as medidas sanitárias conduzidas por Oswaldo Cruz, então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, como campanhas de saúde, ações de saneamento e vacinação da população (Aguiar, 2015). Esse conjunto de intervenções ficou conhecido como sanitarismo campanhista. Em 1920, Carlos Chagas, à frente do Departamento Nacional de Saúde, promoveu inovações ao incorporar ações educativas e campanhas de comunicação em saúde, com foco na prevenção de doenças.

Contudo, até a década de 1970, o modelo biomédico permanecia hegemônico no Brasil e em diversos países, centrado na cura e no uso intensivo de tecnologias (Fertonani *et al.*, 2015). Embora tenha gerado importantes avanços, esse modelo apresentava limitações ao não promover melhorias amplas nas condições de vida e saúde das populações. A partir desse período, críticas nacionais e internacionais ao paradigma biomédico abriram espaço para novas abordagens centradas na promoção da saúde (Xavier *et al.*, 2019).

Um marco importante ocorreu em 1974, com a publicação do Relatório Lalonde, pelo governo canadense, sob a liderança de Marc Lalonde. O documento propôs a superação do modelo biomédico por meio de uma abordagem holística, apresentando quatro determinantes do processo saúde-doença: estilo de vida, ambiente, biologia humana e organização dos serviços de saúde (Carvalho, 2004; Kumar e Preetha, 2012). Segundo Gallo e Bessa (2016), o relatório reforçou que os

investimentos exclusivos em assistência médica não seriam suficientes para garantir saúde à população, sendo necessária uma nova forma de pensar e agir.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, destacou a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia central para reorganização dos sistemas de saúde. A Declaração de Alma-Ata estabeleceu que a promoção e a proteção da saúde são essenciais ao desenvolvimento econômico e social, e que os cuidados primários devem ser acessíveis, baseados em evidências e sustentados por ampla participação social (OMS, 1978; OMS, 1979).

O referencial de Alma-Ata fortaleceu os princípios da descentralização, da participação e do enfoque preventivo, reconhecendo a promoção da saúde como base para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a melhoria da qualidade de vida (Gil e Maeda, 2013). A partir dessa base e da meta “Saúde para todos no ano 2000”, foi elaborada a Carta de Ottawa, resultado da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, com participação de 35 países (Heidmann *et al.*, 2006). Esse documento consolidou-se como referência teórica e prática na área, sendo considerado o “padrão ouro” para os promotores da saúde (Thompson *et al.*, 2018; Lberg; Saboga-Nunes *et al.*, 2021). A Carta ampliou o conceito de promoção da saúde, ao reconhecer o papel de diversos setores para além do setor saúde, consolidando a intersetorialidade como princípio fundamental (Ferraz, 1996).

Na sequência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu outras conferências e documentos importantes, como a Declaração de Santafé de Bogotá (1992), a Conferência do Caribe (1996), a Rede de Megapaíses (1998), a Declaração do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), entre outros encontros latino-americanos (Paula *et al.*, 2013).

Em 2008, ocorreu em Galway, na Irlanda, a Conferência de Galway, voltada à discussão internacional sobre competências e normas na promoção da saúde e educação em saúde. Dela resultou o Consenso de Galway, que estabeleceu princípios como o enfoque nos determinantes sociais da saúde, a equidade, a justiça social, o respeito à diversidade cultural, o desenvolvimento sustentável e a participação popular no planejamento das ações (Allegrante *et al.*, 2009).

No Brasil, desde os anos 1980, diversos acontecimentos impulsionaram a consolidação da promoção da saúde nas políticas públicas. Destaca-se a 8ª

Conferência Nacional de Saúde (1986), com o tema “Democracia é Saúde”, que fortaleceu a descentralização, a participação social e o controle popular no sistema de saúde (Dias et al., 2018). Com a Constituição Federal de 1988 e a aprovação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O SUS passou a organizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas (Lobato e Giovanella, 2013).

Nesse contexto, a expansão da Atenção Básica, especialmente com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, representou um marco para a institucionalização da promoção da saúde no país. Posteriormente rebatizado como Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo territorializou as ações em saúde, fortalecendo a articulação comunitária e priorizando atividades de prevenção, educação em saúde e promoção do bem-estar (Buss e Carvalho, 2009; Paim, 2013).

É de suma importância destacar a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687/2006, revisada em 2014 e atualizada pela Portaria nº 2.446/2014. Esta última foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que sistematizou as normas das políticas nacionais de saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2018a).

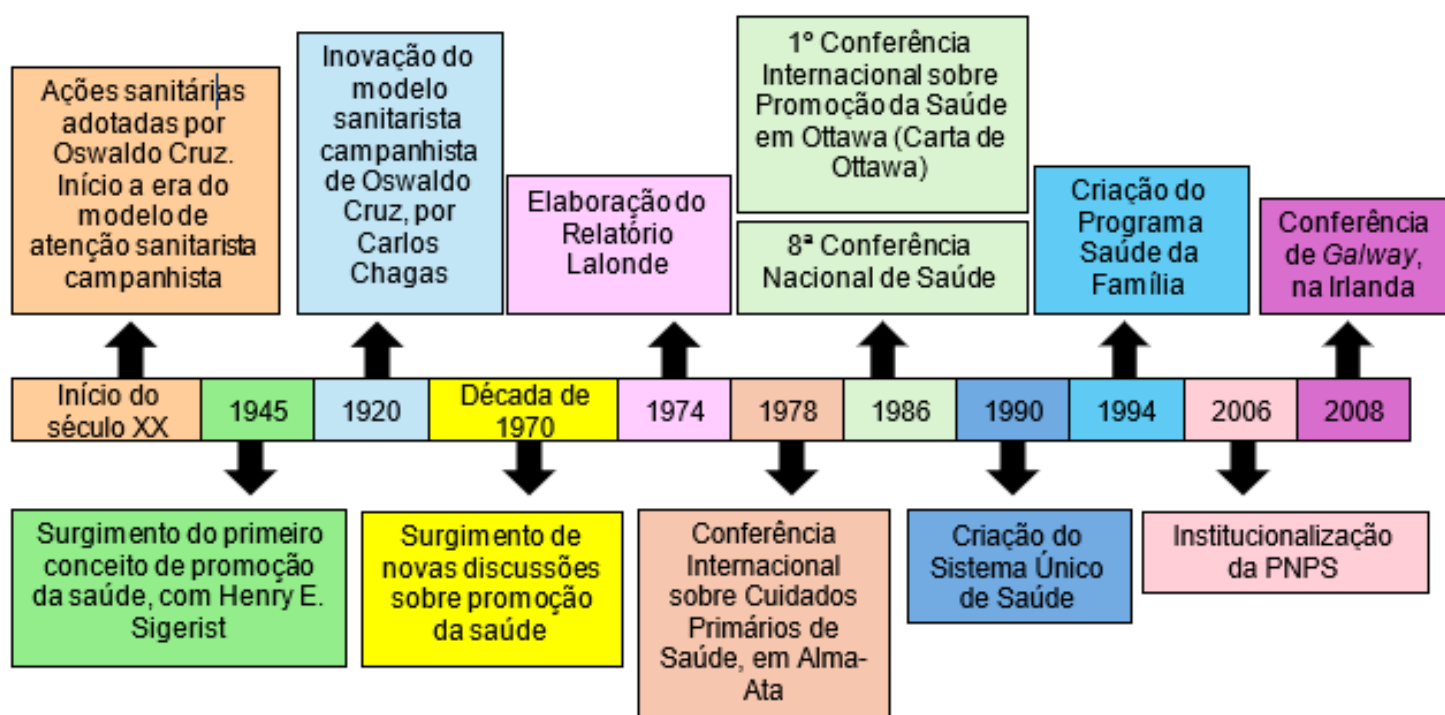
A Figura 1 apresenta os principais eventos históricos e institucionais que influenciaram o desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil até 2008.

Apesar dos avanços teórico-conceituais e das políticas públicas que fortaleceram a Atenção Básica e a ESF como pilares da promoção da saúde no Brasil, a transição para um modelo assistencial centrado na integralidade do cuidado e na promoção da saúde ainda é lenta e marcada por inúmeras dificuldades. A ESF foi pensada para transformar o modelo assistencial e promover o cuidado integral e próximo das comunidades, mas na prática, boa parte das equipes segue operando com foco em demandas imediatas e ações curativas. A organização do trabalho, muitas vezes pressionada por metas e produtividade, acaba deixando em segundo plano ações de promoção e prevenção, que exigem tempo, planejamento e vínculo com o território (Santos *et al.*, 2021; Fernandes e Oliveira, 2022). Mesmo quando há intenção de desenvolver ações de promoção, faltam apoio institucional, espaços para planejamento coletivo e articulação com outros setores. Isso mostra que, embora o discurso da promoção da saúde esteja presente nas políticas, ainda há um

descompasso entre a teoria e o que se consegue colocar em prática nos territórios (Gamboa, 2019).

A heterogeneidade dos contextos locais e as desigualdades regionais aprofundam esses desafios, pois municípios com estruturas administrativas frágeis e baixa articulação intersetorial apresentam maior dificuldade para desenvolver e sustentar ações integradas e participativas. A participação social, componente fundamental para a promoção da saúde, permanece ainda tímida em muitas regiões, reduzindo o engajamento comunitário e dificultando a construção coletiva de políticas e práticas de saúde que promovam a autonomia das populações (Campos, 2014; Giovanella *et al.*, 2018). Esses fatores contribuem para a manutenção de um modelo predominantemente assistencial, mesmo em um cenário com forte base normativa para práticas mais amplas e integradas.

Figura 1 - Cronologia dos principais eventos nacionais e internacionais que influenciaram o movimento da promoção da saúde no Brasil.



Fonte: elaborado pelas autoras.

3.1.2 Conceito e estratégias

O conceito de promoção da saúde, sob uma vertente mais conservadora, limita-se à redução do risco de adoecimento, a partir da mera mudança comportamental de indivíduos e coletividades. Já sob uma perspectiva mais crítica, seu objetivo essencial é o empoderamento dos indivíduos e a transformação das condições de vida e saúde dos sujeitos e coletivos (Carvalho *et al.*, 2017).

Nessa linha crítica, a World Health Organization (WHO) definiu a promoção da saúde como um processo político-social abrangente. Além de contemplar ações voltadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades individuais, envolve também a transformação dos determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde (WHO, 2021). Essas ações devem ocorrer nos níveis individual, organizacional, social e político (Kumar e Preetha, 2012).

Conforme a definição estabelecida na Carta de Ottawa, promoção da saúde é o “processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la” (WHO, 1986). Em outras palavras, trata-se do fortalecimento da autonomia dos indivíduos - *enabling people* - para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (Brasil, 1986; Kumar e Preetha, 2012; WHO, 2021). Esse processo pressupõe parcerias com indivíduos e comunidades para promover e proteger a saúde (WHO, 2021), por meio de ações direcionadas à transformação das condições sociais, ambientais e econômicas, a fim de mitigar seus impactos sobre a saúde pública e individual (Dempsey *et al.*, 2011). Em essência, promoção da saúde é um processo de empoderamento de indivíduos e comunidades, permitindo que tomem decisões e tenham controle sobre as circunstâncias que afetam suas vidas (WHO, 2009).

A Carta de Ottawa adotou o Emblema da Promoção da Saúde - *Health Promotion Emblem*; que passou a simbolizar a abordagem da promoção da saúde (Figura 2). O emblema apresenta um círculo externo, três “asas” (*wings*) e um pequeno círculo interno. O círculo externo representa a estratégia de “implementar políticas públicas saudáveis” e sugere a importância das políticas “manterem as coisas juntas” - *“hold things together”*. As três asas contêm palavras-chave que simbolizam cinco estratégias prioritárias: 1) implementar políticas públicas saudáveis; 2) criar ambientes propícios à saúde; 3) fortalecer a ação comunitária; 4) desenvolver habilidades pessoais; e 5) reorientar os serviços de saúde (WHO,

2021). Essas estratégias devem ser abordadas de forma integrada e complementar (WHO, 2021). O círculo interno representa os fundamentos da promoção da saúde (Kumar e Preetha, 2012): 1) capacitação; 2) mediação; e 3) defesa de causa.

No que se refere à primeira estratégia, “implementação de políticas públicas saudáveis”, a promoção da saúde inclui, além da assistência em saúde, outros determinantes como renda, proteção ambiental, trabalho e agricultura (Heidmann *et al.*, 2006). Considera-se o impacto das políticas de todos os setores sobre a saúde dos indivíduos (Watt, 2005). Essa estratégia se concretiza por meio de legislações, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, sendo operacionalizada a partir de ações intersetoriais voltadas à equidade em saúde, distribuição justa da renda e implementação de políticas sociais inclusivas (Busset *et al.*, 2020).

A segunda estratégia, “criação de ambientes propícios à saúde”, implica o reconhecimento das relações de interdependência entre os setores (Buss *et al.*, 2020). Envolve a garantia de direitos como moradia, educação, lazer e trabalho (Buss, 2020), o acesso à informação e às oportunidades de aprendizagem; a educação em saúde em espaços escolares, domiciliares e comunitários; a proteção do meio ambiente e a conservação de recursos naturais (Heidmann *et al.*, 2006); além do monitoramento dos impactos das mudanças ambientais (Watt, 2005).

A terceira estratégia, “fortalecimento da ação comunitária”, diz respeito ao apoio e suporte às ações conduzidas pelas comunidades. O foco está no fortalecimento do poder comunitário, na apropriação e no controle de seus próprios esforços e destino (Brasil, 2002). Assim, as ações de promoção da saúde devem ser empoderadoras (Heidmann *et al.*, 2006), com participação direta dos indivíduos nas decisões. Isso revela uma estreita relação entre o potencial participativo e a distribuição de poder nos espaços de promoção da saúde (Zouza *et al.*, 2014).

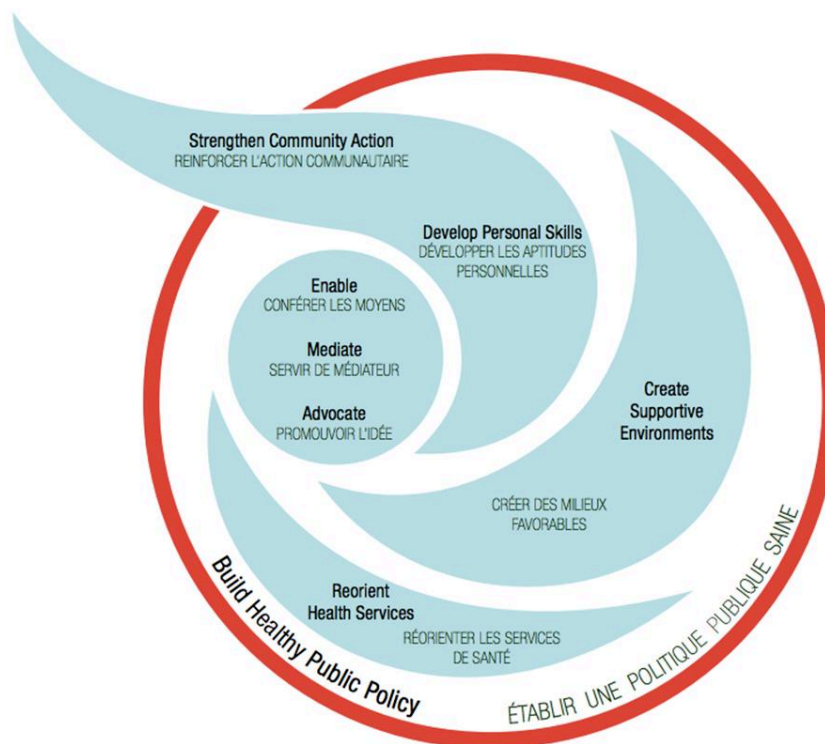
A quarta estratégia, “desenvolvimento de habilidades pessoais”, refere-se ao aprimoramento de competências pessoais, sociais e políticas, que permitam aos indivíduos tomarem decisões informadas sobre sua saúde (Heidmann *et al.*, 2006; Watt, 2005). Essa estratégia se concretiza por meio da disseminação de conhecimento e da educação em saúde (Brasil, 2002), realizada em escolas, creches, lares, ambientes de trabalho ou espaços comunitários, por profissionais da saúde, instituições educacionais ou voluntários (Brasil, 2002).

Por fim, a quinta estratégia, “reorientação dos serviços de saúde”, propõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença e na assistência curativa

(Buss *et al.*, 2020). A responsabilidade pela promoção da saúde deve ser compartilhada entre usuários, comunidades, profissionais de saúde, gestores e demais setores (Haugan e Eriksson, 2021). Os serviços de saúde, além das atividades clínicas e de urgência, devem adotar uma postura mais abrangente, identificando e apoiando as necessidades individuais e coletivas para uma vida mais saudável (Haugan e Eriksson, 2021).

Quanto aos fundamentos, “capacitação” refere-se ao acesso à informação, à vivência e ao desenvolvimento de habilidades e oportunidades que possibilitem escolhas saudáveis (Brasil, 2002). A “mediação” envolve o engajamento dos diversos atores no processo de promoção da saúde (Brasil, 2002), exigindo uma ação coordenada entre governo, setor econômico, organizações não governamentais, autoridades locais, indústria, mídia e demais envolvidos. Por fim, a “defesa de causa” consiste em promover transformações nos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, de modo a torná-los favoráveis à saúde (Brasil, 2002).

Figura 2 - Emblema da promoção da saúde.



World Health Organization (WHO)

3.1.3 Promoção da saúde à luz da Política Nacional de Promoção da Saúde

Em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 687/2006, foi institucionalizada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), posteriormente atualizada pela Portaria MS/GM nº 2.446/2014. Esta, por sua vez, foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que reúne as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018a).

A PNPS define a promoção da saúde como um “conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social” (Brasil, 2018a, p. 7).

Em consonância com os documentos internacionais, a PNPS assume como objetivos das intervenções em promoção da saúde a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver (Brasil, 2018a), “ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (Brasil, 2018a, p. 11).

A política destaca como princípio essencial a importância de sua articulação com outras políticas públicas conquistadas pela cidadania (Brasil, 2018a), bem como a integração de suas ações aos diversos pontos de atenção da RAS, como, por exemplo, as políticas de proteção social, das quais a saúde faz parte (Brasil, 2018a).

A PNPS apresenta temas transversais como referência para a formulação de agendas em promoção da saúde, além de elencar temas prioritários e eixos operacionais que orientam sua implementação (Brasil, 2018a). Esses elementos estão sistematizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Temas transversais, temas prioritários e eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2018.

Temas Transversais	Temas Prioritários	Eixos Operacionais
I. Determinantes Sociais da Saúde (DSS); II. Desenvolvimento sustentável;	I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável;	I. Territorialização; II. Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial;

III. Produção de saúde e cuidado; IV. Ambientes e territórios saudáveis; V. Vida no trabalho; VI. Cultura da paz e direitos humanos	III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura; VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável.	III. Rede de Atenção à Saúde; IV. Participação e controle social; V. Gestão; VI. Educação e formação; VII. Vigilância, monitoramento e avaliação; VIII. Produção e disseminação de conhecimentos e saberes; IX. Comunicação social e mídia
--	--	--

Fonte: Política Nacional de Promoção da Saúde (2018).

A estrutura da política também considera algumas diretrizes, que seriam as linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades, a saber: 1) O estímulo à cooperação e à articulação intrasectorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; 2) O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; 3) O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil; 4) A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; 5) O estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; 6) O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; 7) A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos

serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; 8) A organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implementação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

Apesar da sua importante construção teórica, a PNPS apresenta lacunas importantes que limitam sua implementação no cotidiano dos serviços. Uma das principais críticas refere-se à falta de clareza sobre como suas diretrizes devem ser operacionalizadas. Apesar de adotar uma visão ampliada de saúde e reconhecer a importância dos determinantes sociais, a PNPS não fornece orientações suficientemente detalhadas para orientar as práticas nos territórios. Como resultado, muitas ações de promoção acabam sendo confundidas com prevenção ou com atividades pontuais de educação em saúde, o que reduz o alcance e a potência transformadora da política (Furtado *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2021; Figueiredo *et al.*, 2022).

A pouca articulação da PNPS com o modelo de atenção vigente no SUS e com as redes de cuidado também constitui uma limitação para sua implementação. A política não explicita como suas diretrizes devem dialogar com as demais políticas setoriais e com a lógica da RAS, o que dificulta sua inserção no cotidiano da APS. Com isso, as ações de promoção da saúde permanecem muitas vezes à margem da rotina das equipes, tratadas como atividades paralelas ou suplementares, sem conexão com o processo de cuidado continuado e com as necessidades reais dos territórios (Santos *et al.*, 2021; Furtado *et al.*, 2019).

Além disso, a PNPS não conta com mecanismos robustos de financiamento, monitoramento e avaliação. A ausência de recursos específicos para as ações de promoção da saúde e a falta de indicadores próprios e sistemáticos para seu acompanhamento tornam sua implementação altamente dependente da vontade política local e da capacidade de gestão de cada município. Isso contribui para a fragmentação e para a desigualdade na realização dessas ações em diferentes regiões do país, limitando o potencial da política como estratégia nacional de enfrentamento das iniquidades em saúde (Figueiredo *et al.*, 2022).

Diante dessas limitações da PNPS, torna-se fundamental explorar e valorizar alternativas inovadoras que possam fortalecer a política em nível local e regional.

Nesse contexto, algumas iniciativas vêm ganhando destaque no cenário internacional e nacional, propondo abordagens integradas e intersetoriais para a promoção da saúde, conforme abordado no tópico a seguir.

3.1.4 Ações de Promoção da Saúde

Ao longo das últimas décadas, em todo o mundo, diversas alternativas foram implementadas para a consolidação de políticas de promoção da saúde, tais como as propostas de “Cidades Saudáveis” e “Escolas Promotoras de Saúde”.

O movimento “Cidades Saudáveis” surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, sendo adotado pela OMS a partir de 1986 (Hartmann *et al.*, 2020). A proposta consistia na operacionalização dos fundamentos da promoção da saúde no nível local (Adriano *et al.*, 2000), sendo uma estratégia voltada à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos nos mais diversos espaços - indústrias, empresas, locais de trabalho, áreas de lazer, moradias, escolas, serviços de saúde, entre outros (Brasil, 2007).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um município saudável é aquele em que:

“As autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia” OPAS, 1996).

Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável, ela deve proporcionar: 1) ambiente físico limpo e seguro; 2) ecossistema estável e sustentável; 3) alto suporte social, sem exploração; 4) elevado grau de participação social; 5) necessidades básicas satisfeitas; 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; 7) economia local diversificada e inovadora; 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; 9) serviços de saúde acessíveis a todos; e 10) elevado nível de saúde (OMS e UNESCO, 2022).

Para a concretização desses objetivos, é fundamental a articulação entre diversas políticas sociais, por meio da intersetorialidade (Adriano *et al.*, 2000). Destaca-se a importância da atuação integrada entre os poderes Executivo e Legislativo na formulação e implementação de políticas públicas orientadas por

diagnósticos situacionais, sempre de forma articulada e intersetorial (Gallo e Bessa, 2016).

As “Escolas Promotoras de Saúde”, conforme a OMS, fundamentam-se nos princípios da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde e devem, necessariamente: 1) promover a saúde e o bem-estar dos alunos; 2) melhorar os resultados escolares; 3) defender os princípios de justiça social e equidade; 4) oferecer um ambiente seguro e de apoio; 5) fomentar a participação dos alunos e desenvolver suas competências (empoderamento); e 6) articular as questões e os sistemas de saúde e educação (OMS e UNESCO, 2022).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 por meio de decreto presidencial, é um exemplo de iniciativa voltada à promoção da saúde no ambiente escolar. O PSE visa ampliar as ações de saúde dirigidas aos estudantes da rede pública, articular as redes de saúde e educação e disseminar conhecimentos relacionados às práticas saudáveis (Brasil, 2007). As ações são desenvolvidas por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), em conjunto com profissionais das unidades escolares (Medeiros *et al.*, 2021).

Além do PSE, outras iniciativas foram adotadas no Brasil, ao longo das últimas décadas, para a implementação da PNPS e a operacionalização de seus temas prioritários. Como exemplos, citam-se o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; o Programa Academia da Saúde; a Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, entre outras.

Para a efetivação da promoção da saúde, torna-se imprescindível o estímulo à constituição de territórios e cidades saudáveis, priorizando ambientes que favoreçam a alimentação adequada e saudável, a prática de atividades físicas, a mobilidade e locomoção seguras, o lazer e a convivência harmoniosa, o acesso ao trabalho e à educação, a expressão cultural e artística, bem como espaços livres do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, que promovam a cultura de paz e a resolução pacífica de conflitos (Brasil, 2022).

3.2 SAÚDE BUCAL

3.2.1 Antecedentes históricos de atenção à saúde bucal no Brasil no setor público

Historicamente, desde a gênese da profissão, a odontologia foi caracterizada por uma prática demasiadamente curativista, individualista, tecnicista e voltada ao mercado privado, privilegiando aqueles que podiam pagar pelos serviços. Esse modelo de atenção é conhecido como modelo de odontologia de mercado (Narvai e Frazão, 2008).

É fato que a odontologia brasileira tem avançado nos aspectos técnico-científicos. No entanto, já há décadas, Garrafa e Moysés (1996) afirmavam que, apesar da odontologia brasileira ser tecnicamente elogiável, ela era socialmente caótica. Em outras palavras, a odontologia apresenta alto nível de qualidade em diversas especialidades, mas não demonstra competência para expandir essa qualidade a toda a população, tampouco tem expressivo impacto social por meio de iniciativas públicas e coletivas (Toassi *et al.*, 2012). Isso se deve ao fato de que as causas relacionadas a esse quadro epidemiológico não se limitam a técnicas clínicas isoladas, pois estão inseridas em um contexto social mais amplo (Garrafa e Moysés, 1996). De fato, embora os procedimentos clínicos sejam extremamente relevantes, a abordagem exclusivamente individualista, curativista e mercadológica mostra-se insuficiente para promover mudanças efetivas na saúde bucal da população.

Apesar dos desafios e do cenário atual, é preciso reconhecer a relevância de diversas iniciativas que emergiram ao longo das últimas décadas. Muitas delas contribuíram para a consolidação do direito do cidadão brasileiro à atenção em saúde bucal, como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida por Programa Brasil Sorridente (Moysés, 2012).

Traçando-se uma linha do tempo, verifica-se que durante o Período Colonial e o Período Imperial, a produção do açúcar e a mineração figuravam como as principais atividades econômicas, sustentadas por mão de obra escravizada (Aguilar, 2015). O aumento do consumo de açúcar contribuiu para a elevação dos índices de cárie dentária naquela população (Silvestre *et al.*, 2013). Os cuidados odontológicos restringiam-se a práticas mutiladoras, sobretudo à extração dentária, realizadas por

barbeiros ou "tiradentes" da época, geralmente acessíveis apenas àqueles com melhores condições econômicas (Silvestre *et al.*, 2013). Os mais pobres, por sua vez, recorriam a rituais, rezas ou ervas para lidar com a dor (Narvai e Frazão, 2008). Não havia, nesse período, iniciativas públicas voltadas à saúde bucal.

Nos séculos seguintes, os avanços na odontologia pública foram escassos. Antes de 1952, as ações existentes eram pontuais, exclusivamente individuais, e careciam de planejamento e sistematização (Narvai e Frazão, 2008). Durante o século XX, a odontologia permaneceu limitada quase que exclusivamente à atuação de profissionais liberais ou a serviços esporádicos vinculados à previdência. Entretanto, em 1952, foram implementados os primeiros programas de odontologia sanitária (Narvai e Frazão, 2008).

Iniciava-se, assim, uma nova racionalidade, denominada modelo de assistência em odontologia sanitária (Moysés, 2012), que propunha "o trabalho organizado da comunidade, na comunidade, para a comunidade, com o objetivo de se obter as melhores condições possíveis de saúde bucal" (Pereira, 2013, p. 18). As primeiras ações sob essa lógica foram voltadas a escolares, entre 7 e 14 anos de idade (Pereira, 2013), estruturando o chamado sistema incremental (Narvai e Frazão, 2008). Este buscava proporcionar a uma população previamente definida o atendimento completo, ou seja, a eliminação de todas as necessidades de saúde bucal da pessoa (Pereira, 2013). Sua lógica combinava ações preventivas para controle da incidência de problemas com intervenções curativas verticais voltadas às doenças mais prevalentes (Narvai; Frazão, 2008).

Além das medidas do sistema incremental, o modelo de odontologia sanitária impulsionou iniciativas importantes, como a fluoretação da água de abastecimento público, iniciada em 1953 e tornada obrigatória em todos os municípios brasileiros pela Lei Federal nº 6.050/1974. A década de 1960 marcou a institucionalização da Odontologia pública, quando a profissão passou a integrar a estrutura do então Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia, no âmbito do Ministério da Saúde (Moysés, 2012).

As Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB) foram marcos na crítica e reformulação do modelo de atenção à saúde bucal no Brasil. Na 1ª CNSB, em 1986, o modelo vigente foi rejeitado por ser ineficaz, elitista e mutilador. A 2ª, em 1993, já no contexto do SUS, reafirmou a fragilidade do modelo hegemônico, destacando sua baixa resolutividade, desconexão com a realidade social e limitada capacidade de

resposta às necessidades da população (Brasil, 2023). Nessa conferência, aprovaram-se diretrizes e estratégias políticas para a área, reconhecendo a saúde bucal como direito de cidadania e propondo um novo modelo de atenção (OPS/OMS, 2006). Em 2004, a 3ª CNSB consolidou a proposta de um novo modelo pautado na atenção integral, na cidadania e na dignidade, fundamentado nos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e resolutividade (Brasil, 2023).

As mudanças mais significativas no cenário da saúde bucal brasileira ocorreram a partir do início do século XXI. Em 2000, com a Portaria nº 1444 do Ministério da Saúde, foi promovida a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas ESF, como estratégia para reorganizar o modelo assistencial e ampliar o acesso aos serviços odontológicos (Moysés, 2012). A incorporação da odontologia à atenção básica trouxe novas possibilidades, como o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário, o acolhimento, a territorialização e o trabalho multiprofissional (Pereira, 2013). Essa nova lógica de atenção contemplava ações de promoção da qualidade de vida, baseadas na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Em 2003, foram formalizadas as diretrizes da PNSB. Sua implantação esteve fortemente vinculada à reorganização da atenção primária com as ESB; à ampliação da atenção especializada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD); à adição de flúor nas estações de tratamento de água; e à vigilância em saúde bucal (Brasil, 2018b). A PNSB contempla, em âmbito individual e coletivo, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Moysés, 2012).

Desse modo, com a implementação da PNSB, ocorreram mudanças estruturais na saúde bucal pública no Brasil. Com a PNSB, houve a expansão e qualificação dos serviços odontológicos, o modelo assistencial foi reorientado, definindo-se a lógica da rede assistencial de saúde bucal, articulando os níveis primário, secundário e terciário (Brasil, 2004). Práticas de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal passaram a ser estimuladas. Mais recentemente com a Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023, a PNSB foi incluída na Lei nº 8.080/1990, consolidando-a como política de Estado e componente estruturante do SUS, com garantia legal do direito à saúde bucal para todos os cidadãos (Brasil, 2023)

Além disso, com Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no âmbito da PNSB,

integrando-a formalmente ao SUS. Essa medida representa um avanço na organização da atenção à saúde bucal no Brasil, promovendo a integração dos serviços em todos os níveis de atenção e fortalecendo a equidade no acesso à saúde bucal.

3.2.2 Um novo conceito de saúde bucal

Tradicionalmente, a saúde bucal foi definida como a ausência de doenças (Glick *et al.*, 2016). Todavia, essa concepção não contempla outras dimensões fundamentais, como os valores, as percepções e as expectativas dos indivíduos (Glick *et al.*, 2016). Afinal, trata-se de um conceito subjetivo, que pode variar de pessoa para pessoa, conforme seu contexto sociocultural e grupo de pertença. Ademais, ao se conceituar saúde bucal, é imprescindível reconhecer que esta constitui parte integrante da saúde geral do indivíduo.

Reconhecendo as limitações das definições tradicionais, a subjetividade do conceito e a necessidade de uma abordagem mais abrangente e universalmente aceita, em setembro de 2016, a FDI World Dental Federation aprovou uma nova definição de saúde bucal. Esta passou a ser compreendida como um fenômeno multidimensional, que envolve a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e expressar emoções por meio das expressões faciais, com confiança, sem dor, desconforto ou doença. A nova definição considera a saúde bucal como componente essencial da saúde e do bem-estar físico e mental, influenciada pelos valores e atitudes dos indivíduos e das comunidades, refletindo aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais à qualidade de vida (Glick *et al.*, 2016; Hescot, 2017).

Portanto, essa nova concepção resgata a perspectiva integral do ser humano, ao reconhecer a saúde bucal como parte inseparável da saúde geral, com influência direta sobre o bem-estar e a vida em sociedade. Segundo Hescot (2017), essa definição contribui para a efetiva integração da saúde bucal nas políticas públicas de saúde, permitindo que a FDI posicione a temática na agenda global de saúde, especialmente nas áreas relativas à qualidade de vida e ao bem-estar.

Dentro dessa perspectiva ampliada, a boca deixa de ser percebida apenas como uma estrutura anatômica e funcional, passando a ser compreendida como um elemento sociocultural. Carlos Botazzo propõe o conceito de bucalidade, que

descreve a capacidade da boca de exercer funções não apenas biológicas, mas também sociais. A bucalidade se expressa por meio de três dimensões fundamentais: a manducação, a linguagem e a erótica, todas inseridas em um fluxo contínuo de produção e consumo subjetivos (Botazzo, 2013).

Na manducação, o ato de se alimentar extrapola o caráter fisiológico e envolve o prazer do uso oral, conectando diversas estruturas do trato digestivo superior e produzindo satisfação sensorial. Já a linguagem se estabelece como um mecanismo simbólico que permite a produção e o consumo de palavras, permitidas ou transgressoras, revelando o papel normativo da boca na comunicação. Por fim, na dimensão erótica, a boca atua como meio de expressão do desejo, realizando atos sexuais orais voltados à experiência sensorial e relacional com o outro (Botazzo, 2013).

Essas múltiplas funções atribuem à boca um papel central na interface entre razão e psique, tornando-a profundamente influenciada por fatores culturais e subjetivos (Botazzo, 2013). Assim, compreender a saúde bucal a partir dessa abordagem é reconhecer sua relevância não apenas para o equilíbrio orgânico, mas também para a vivência emocional, relacional e simbólica do sujeito em sociedade.

Nos últimos anos, essa agenda foi fortalecida por eventos internacionais de grande relevância, como a Reunião Global de Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde, realizada em Bangkok, em novembro de 2024. Nesse encontro, os Estados Membros da OMS aprovaram a Declaração de Bangkok, *No Health Without Oral Health*, documento histórico que reconhece as doenças bucais como parte integrante do conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e reafirma a saúde bucal como direito humano fundamental. A declaração defende que os cuidados com a saúde bucal sejam incorporados aos pacotes essenciais da cobertura universal de saúde, com prioridade para a prevenção e o enfrentamento das desigualdades sociais e econômicas em saúde.

Além disso, a Declaração de Bangkok propõe uma agenda multissetorial com metas globais para 2030, como a redução da prevalência de cárie e a ampliação do acesso a serviços essenciais de saúde bucal. Entre os compromissos assumidos estão: o fortalecimento dos sistemas de saúde, com governança, financiamento e planejamento voltados à saúde bucal; a integração das doenças bucais às estratégias de enfrentamento das DCNTs; a regulação dos determinantes comerciais, como o consumo excessivo de açúcares e a atuação da indústria na

formulação de políticas públicas; o incentivo à pesquisa, à inovação e à sustentabilidade ambiental nos serviços odontológicos; e a criação da *Global Coalition on Oral Health*, uma coalizão internacional para acelerar a implementação do Plano de Ação da OMS para Saúde Bucal 2023–2030.

Portanto, a saúde bucal consolida-se, nesse contexto, como parte indissociável da saúde global e da justiça social. A Declaração de Bangkok representa um marco estratégico que fortalece o papel da saúde bucal nas políticas públicas internacionais, promovendo a articulação entre os países, organismos multilaterais e sociedade civil para a efetivação do direito à saúde com equidade, integralidade e dignidade.

3.2.3 Aspectos epidemiológicos

A cárie dentária e a doença periodontal são altamente prevalentes em diversas partes do mundo (Jin *et al.*, 2016; Peres *et al.*, 2019; WHO, 2023). Desde 1990, ano em que os dados sobre doenças bucais passaram a ser disponibilizados pelo banco *Global Burden of Disease* (GBD), esses agravos têm se mantido entre os mais prevalentes globalmente (WHO, 2023). Além de figurarem entre as principais causas de perda dentária em crianças, adolescentes e adultos (Jin *et al.*, 2016), essas condições impactam negativamente a vida das pessoas, provocando dor, desconforto e comprometimento funcional, além de impor barreiras sanitárias e econômicas, com efeitos sobre a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Peres *et al.*, 2019; WHO, 2023).

Em 2019, a cárie dentária em dentes permanentes apresentava alta prevalência global, afetando mais de 2 bilhões de pessoas, o que correspondia a aproximadamente 35% da população mundial (Peres *et al.*, 2019; WHO, 2023). A doença periodontal severa, por sua vez, acometia cerca de 13% (WHO, 2023). A cárie não tratada em dentes decíduos contabilizava aproximadamente 510 milhões de casos, enquanto o edentulismo afetava cerca de 350 milhões de pessoas, o que equivale a aproximadamente 4,6% da população mundial naquele ano.

No Brasil, conforme as Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal (SB Brasil), realizadas em 2010 e 2023, a prevalência de cárie dentária aos 12 anos de idade foi estimada em 56,0% em 2010 (Freire *et al.*, 2013). Em 2023, o percentual de adolescentes livres de cárie dentária (CPO-D = 0) foi de 49,88% (SB Brasil, 2023), o

que indica que 50,12% dessa população apresentava lesões cariosas no momento da avaliação. A média de dentes acometidos foi de 1,67, com predomínio do componente cariado (SBBrasil, 2023).

Quanto à doença periodontal, em 2010, a prevalência das formas “moderada a grave” e “grave” entre adultos foi de 15,3% e 5,8%, respectivamente (Vettore *et al.*, 2013). Já em 2023, os dados indicaram que 13,36% dos adultos de 35 a 44 anos apresentavam bolsa periodontal rasa (4 a 5 mm) e 3,51% possuíam bolsa periodontal profunda (≥ 6 mm), evidenciando uma leve redução nas formas mais graves da doença (SBBrasil, 2023). A análise da prevalência das condições periodontais nessa mesma faixa etária demonstrou que o cálculo dentário foi a alteração mais comum, acometendo 54,13% dos indivíduos, seguido pelo sangramento gengival, presente em 41,53% dos participantes. Embora as bolsas periodontais tenham apresentado menor prevalência, sua presença indica quadros de maior severidade clínica (SBBrasil, 2023).

Apesar dos resultados mencionados, tanto a cárie dentária quanto a doença periodontal são, em grande medida, condições preveníveis. No caso das lesões cariosas, embora existam tratamentos, eles podem ser complexos e onerosos, especialmente quando há destruição extensa dos tecidos dentários (Jin *et al.*, 2016). Por isso, estratégias voltadas à prevenção e à promoção da saúde bucal mostram-se fundamentais. De forma semelhante, embora algumas condições periodontais exijam intervenções clínicas especializadas, a promoção da literacia em saúde bucal e o incentivo a práticas preventivas contribuem para a melhoria das condições periodontais (Jin *et al.*, 2016).

Esse cenário de iniquidades configura-se como um desafio global para os sistemas de saúde, uma vez que as enfermidades bucais permanecem fortemente associadas às condições socioeconômicas desfavoráveis (Kassebaum *et al.*, 2017). Em escala global, 75% das pessoas afetadas por doenças orais vivem em países de renda “média-baixa” e “média-alta”, segundo a classificação do Banco Mundial, evidenciando a concentração do ônus das doenças bucais em contextos socioeconômicos mais vulneráveis (WHO, 2023).

No contexto brasileiro, destaca-se que esses agravos afetam desproporcionalmente as comunidades economicamente e socialmente vulneráveis (SB Brasil, 2010; SB Brasil, 2023). Os dados do último levantamento epidemiológico das condições bucais revelaram que as desigualdades regionais persistem,

evidenciadas por diversos indicadores de saúde bucal analisados. Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, o Brasil ainda enfrenta o desafio de superar as disparidades na distribuição da saúde e da doença (SBBrasil, 2023).

Fatores contextuais influenciam diretamente a prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. Indicadores socioeconômicos e ambientais, como renda per capita, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini, acesso aos serviços de saúde e presença de fluoretação nas águas de abastecimento público, exercem influência sobre o desenvolvimento de lesões cariosas (Freire *et al.*, 2013). De maneira semelhante, a desigualdade de renda e a baixa cobertura populacional por equipes de saúde estão associadas a maiores taxas de doença periodontal em sua forma grave (Vettore *et al.*, 2013).

Esses achados reforçam a importância de garantir o acesso a medidas que promovam a saúde bucal da população, como a implementação de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e a oferta de serviços de saúde bucal resolutivos, capazes de interromper a progressão das doenças já instaladas. O enfrentamento das doenças bucais exige intervenções articuladas, que integrem ações promocionais e assistenciais, com foco na abordagem dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença (SB Brasil, 2023).

3.2.4 Saúde Bucal, Promoção da Saúde e Determinantes da Saúde

Observa-se que grande parte das ações de promoção da saúde ainda se restringe a estratégias convencionais, predominantemente centradas na modificação de comportamentos individuais. Ao reduzir a promoção da saúde à mera educação para aquisição de hábitos de vida saudáveis, incorre-se no risco de superficializar as discussões que atravessam o processo saúde-doença (Furtado e Zsapiro, 2016).

As atividades educativas em saúde são relevantes na medida em que contribuem para a construção do conhecimento e favorecem a tomada de decisões mais saudáveis por parte dos indivíduos (Carnaúba e Ferreira, 2023). No entanto, é necessário superar uma visão simplista que enxerga os sujeitos apenas como destinatários de conteúdos normativos, defendendo-se, em contrapartida, o estímulo à autonomia crítica e emancipadora, que fomente a reflexão sobre a realidade vivida e impulse a busca por melhores condições de vida por meio de políticas públicas

mais justas e equitativas (Carnaúba e Ferreira, 2023). Tais práticas, centradas na prescrição e na transmissão de informações com foco na mudança de comportamentos, estão alinhadas à vertente conservadora da promoção da saúde (Carvalho *et al.*, 2017)

Nesse sentido, é equivocado assumir que a informação e o conhecimento, por si só, são capazes de gerar mudanças nos estilos de vida (Sprod *et al.*, 1996). De acordo com Carvalho *et al.* (2017, p.269) “a informação é importante e necessária, mas não é suficiente”. O conhecimento é de pouco valor quando não há oportunidades reais para a mudança, uma vez que o contexto em que os indivíduos estão inseridos exerce influência decisiva sobre seus comportamentos e escolhas em todas as fases da vida (Watt, 2004; Davoglio *et al.*, 2009).

Estratégias baseadas exclusivamente na transmissão de conhecimentos, não produzem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde da população (Kusma *et al.*, 2012). Ações ou programas que buscam convencer os indivíduos a modificarem seus comportamentos, sem considerar o contexto em que vivem e sua subjetividade, falham frequentemente, pois tratam a informação como um fim em si, e não como parte de um processo mais amplo (Máximo e Freitas, 2014). Isso porque ignoram as causas profundas dos agravos, muitas vezes relacionadas a fatores sociais, econômicos e estruturais (Carvalho *et al.*, 2017).

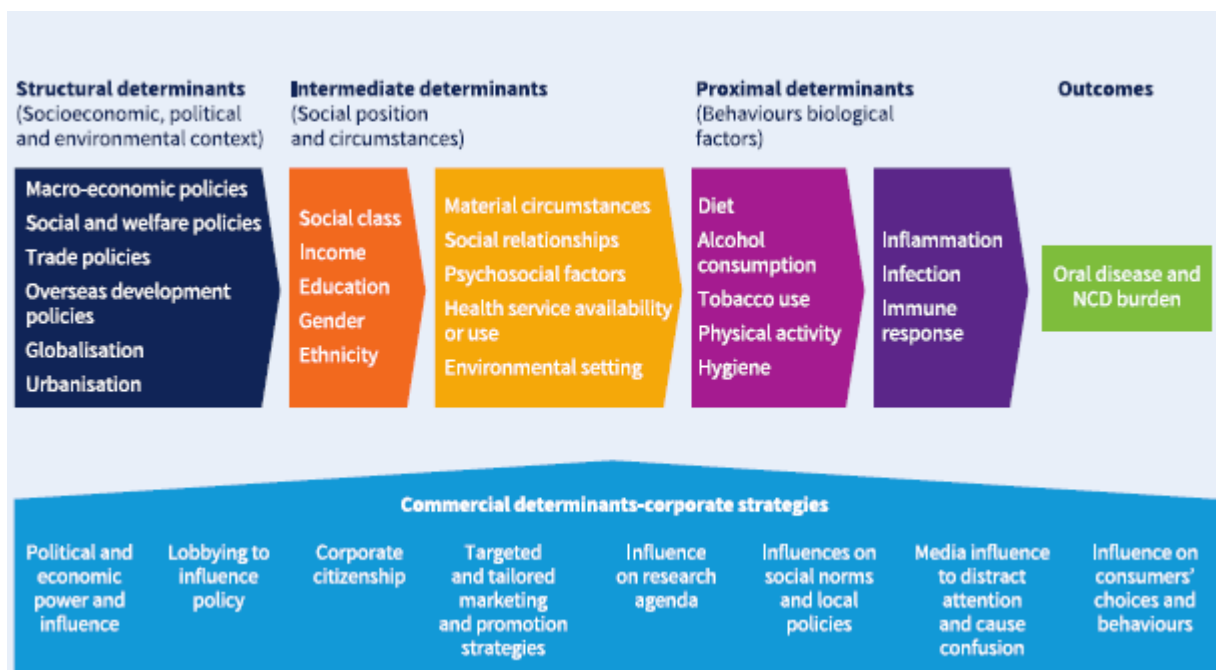
De fato, o estado de saúde de um indivíduo está relacionado aos seus hábitos e comportamentos (Galleguillos, 2020). No caso da saúde bucal, práticas de higiene oral e alimentação saudável exercem papel importante. Contudo, é incorreto pressupor que tais comportamentos sejam escolhas totalmente livres ou facilmente modificáveis (Watt, 2004). Habituar-se a determinadas práticas é um processo socialmente construído, influenciado por variáveis que escapam ao controle direto dos indivíduos ou dos grupos a que pertencem (Galleguillos, 2020). Além disso, comportamentos de saúde são influenciados por pressões sociais, *marketing*, políticas públicas, acesso a serviços, disponibilidade de espaços de lazer, acesso à alimentação saudável, entre outros fatores (WHO, 2007; WHO 2023).

Assim, embora a saúde bucal esteja relacionada às escolhas e ao estilo de vida dos sujeitos, essas escolhas são fortemente influenciadas por causas subjacentes das doenças, isto é, por fatores familiares, socioeconômico, educacionais, políticos, ambientais e comerciais (Watt, 2004; Holst *et al.*, 2001; WHO, 2023). Os comportamentos adotados e as oportunidades e escolhas

disponíveis aos indivíduos são moldados pelas condições em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como pelas influências do setor corporativo, que pode afetar positiva ou negativamente a saúde das populações (WHO, 2023).

Nesse sentido, a saúde e, especificamente, a saúde bucal é determinada por uma complexa interação de fatores sociais, políticos e comerciais, que compõem os determinantes mais amplos da saúde, conforme descrito no *Global Oral Health Status Report* (WHO, 2023). O modelo apresentado nesse documento organiza tais elementos de forma estruturada (Figura 3).

Figura 3 – Determinantes Sociais e Comerciais da Saúde Bucal.



Fonte: WHO, 2023

Os chamados determinantes estruturais correspondem aos macrodeterminantes socioeconômicos, políticos e ambientais, tais como as políticas públicas macroeconômicas, as políticas sociais e de saúde, as políticas comerciais, as estratégias de desenvolvimento intercontinental, bem como fenômenos como a globalização e a urbanização (WHO, 2023).

Os determinantes intermediários referem-se aos fatores relacionados às circunstâncias de vida e à posição social dos indivíduos, atuando como mediadores entre os determinantes estruturais e os desfechos em saúde. Entre esses fatores estão a classe social, a renda, a escolaridade, o gênero e a etnia, que influenciam o acesso a oportunidades e recursos no cotidiano. Também fazem parte desse

conjunto as condições materiais (como moradia, segurança alimentar e saneamento), as relações sociais, os fatores psicossociais (como estresse crônico, apoio social e percepção de controle), além da configuração dos ambientes em que as pessoas vivem e trabalham. A disponibilidade, acessibilidade e uso dos serviços de saúde, incluindo os serviços de saúde bucal, integram esses determinantes, influenciando diretamente as possibilidades de promoção, prevenção e cuidado em saúde (WHO, 2023).

Os determinantes proximais da saúde bucal dizem respeito aos fatores diretamente ligados aos comportamentos e às características biológicas dos indivíduos. Nesse grupo incluem-se os hábitos e estilos de vida, como a alimentação (com destaque para o consumo de açúcar), o uso de álcool e tabaco, a prática de atividade física, bem como os hábitos de higiene bucal. Além disso, incluem-se os fatores biológicos, como a presença de infecções, os processos inflamatórios e a resposta imunobiológica do organismo. Tais elementos impactam diretamente o risco de desenvolvimento de doenças bucais, como cárie dentária, doença periodontal e outras condições associadas ao processo saúde-doença bucal (WHO, 2023).

Os chamados determinantes comerciais da saúde referem-se ao modo como as atividades do setor corporativo influenciam a saúde da população (WHO, 2023; Gilmore *et al.*, 2023). Embora entidades comerciais possam contribuir positivamente para a saúde e a sociedade, há evidências crescentes de que os produtos e as práticas de alguns agentes comerciais, especialmente das maiores corporações transnacionais, são responsáveis por taxas crescentes de agravos à saúde evitáveis, danos ambientais e desigualdades sociais e em saúde (Gilmore *et al.*, 2023).

As corporações exercem poder e influência política por meio do *marketing*, que promove a atratividade e a aceitabilidade de produtos prejudiciais; do lobby, que busca dificultar a implementação de políticas regulatórias protetivas, como a adoção de embalagens padronizadas para cigarros ou restrições à publicidade infantil; e das estratégias de responsabilidade social corporativa, que visam neutralizar críticas e melhorar a imagem de empresas com histórico nocivo (Kickbusch *et al.*, 2016; WHO, 2023). Ainda, as corporações exercem influência sobre a agenda de pesquisa, direcionando investimentos para temas que favoreçam seus produtos ou interesses, ao mesmo tempo em que podem desencorajar ou deslegitimar investigações que

evidenciem os impactos negativos de seus produtos na saúde pública (Kickbusch *et al.*, 2016; Fabbri *et al.*, 2018; WHO, 2023).

Grandes corporações transnacionais, notadamente as indústrias de tabaco, álcool, alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas, têm direcionado suas ações a países de baixa e média renda, bem como a grupos populacionais vulneráveis, contribuindo para o agravamento de iniquidades em saúde. No campo da saúde bucal, essa influência é particularmente preocupante, dada a forte associação entre o consumo de açúcar, tabaco e álcool e o desenvolvimento de cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal (WHO, 2023).

Nesse sentido, a saúde bucal é determinada por elementos subjacentes que extrapolam a esfera individual. Assim, os estilos de vida e as escolhas dos indivíduos não são resultado exclusivo da vontade pessoal, mas são fortemente influenciados pelas condições contextuais em que estão inseridos (Sobral e Freitas, 2010; Brasil, 2018).

No âmbito das estratégias de promoção da saúde, é fundamental que as intervenções estejam voltadas para a abordagem dos determinantes sociais, políticos e comerciais da saúde, ou seja, para as “causas das causas” dos agravos. Essa perspectiva reforça que as ações de promoção da saúde, quando orientadas para esses determinantes mais amplos, têm maior potencial de impactar positivamente a saúde de indivíduos e coletividades.

3.2.5 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal

É certo que o cumprimento dos objetivos da promoção da saúde, quais sejam, o empoderamento dos indivíduos e a transformação das condições de vida, exige a implementação de ações, programas e políticas que extrapolem o setor saúde. As estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, conforme Niranjana *et al.*, (2017), podem assumir diferentes formatos: educação em saúde, integração da saúde bucal em outros programas de promoção da saúde, formulação de políticas públicas e organização de serviços. Tais estratégias devem estar, necessariamente, fundamentadas na determinação social do processo saúde-doença e no enfrentamento das iniquidades (Silveira Filho *et al.*, 2016).

Essas estratégias, contudo, precisam reconhecer a subjetividade dos sujeitos e dos coletivos, bem como estar em consonância com os valores fundamentais da

PNPS: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. Devem também se pautar em princípios como equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (Brasil, 2018a).

A literatura científica e documentos normativos elencam diversas ações como estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Segundo Kay e Locker (1998), são exemplos: 1) escovação supervisionada em escolas; 2) ações educativas com pais/responsáveis; 3) instruções sobre higiene oral; 4) educação em saúde em grupo ou individual; 5) intervenções em mídias sociais; 6) profilaxia; 7) aplicação tópica de flúor (gel ou bochechos); 8) atendimento odontológico; 9) instruções para higienização de próteses dentárias; 10) jogos educativos computadorizados sobre saúde bucal.

Crall (2001) analisou diversas intervenções e as organizou em quatro categorias: 1) intervenções comunitárias; 2) estímulo a comportamentos saudáveis; 3) intervenções clínicas e curativas; 4) ações voltadas ao ambiente, às políticas e recomendações institucionais (Quadro 2). Já Watt (2007) apontou estratégias com foco local, como: tornar escolas espaços promotores de saúde; participar da formulação de políticas nutricionais e de saúde bucal; distribuir escovas e dentifrícios fluoretados; promover ações comunitárias; desenvolver políticas de alimentação infantil com ênfase na saúde bucal; e fomentar políticas voltadas a idosos e pessoas com necessidades especiais.

Quadro 2 - Intervenções de promoção à saúde, conforme as categorias estabelecidas por Crall, 2001.

Categoria	Intervenções
Intervenções comunitárias	▪ Fluoretação da água de abastecimento público ▪ Bochechos com solução fluoretada ▪ Selantes dentais ▪ Educação em Saúde Bucal ▪ Campanhas em mídia social
Comportamentos saudáveis	▪ Uso de dentifrício fluoretado ▪ Controle de placa bacteriana ▪ Orientação nutricional
Intervenções clínicas e	▪ Aplicação tópica de flúor ▪ Uso de antimicrobianos

curativas	▪ Combinação de métodos (produto fluoretado, clorexidina e selante) ▪ Tratamento de lesões de cárie ativa
Ambiente, políticas e recomendações	▪ Educação em saúde bucal individual ▪ Educação em saúde bucal para pais/responsáveis ▪ Vigilância em Saúde (dados populacionais/ inquéritos para determinar a condição de saúde da população) ▪ Serviços de saúde e pesquisas relacionadas a políticas públicas

Fonte: Adaptado de Crall (2001).

Em nível nacional, destacam-se: 1) regulação da publicidade de alimentos e bebidas dirigida ao público infantil; 2) estímulo à fabricação de medicamentos pediátricos sem açúcar; 3) redução de tributos sobre produtos de higiene bucal; 4) fortalecimento da legislação sobre fluoretação das águas; 5) promoção de ambientes escolares seguros; 6) apoio à legislação de segurança viária (uso de cinto, capacete, protetores bucais); 7) envolvimento das equipes de saúde bucal em redes de enfrentamento à violência (Watt, 2007).

Em âmbito mundial cita-se o *World Health Organization Global Oral Health Programme*. O propósito deste programa é a prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de estratégias baseadas em evidências. É colocado grande ênfase no desenvolvimento de políticas de promoção e prevenção para ajudar a construir populações saudáveis em todo o mundo e combater a saúde precária; com foco na mudança de comportamentos relacionados à dieta, nutrição, tabaco, consumo excessivo de álcool e higiene (OMS, 2019).

Em 2003, foi elencado no *World Oral Health Report 2003*, algumas ações prioritárias para a promoção da saúde bucal da população mundial, a saber: 1) utilização dos fluoretos; 2) Dieta e nutrição saudável; 3) controle do tabagismo; 4) saúde bucal de jovens crianças e crianças, através das escolas promotoras da saúde; 5) melhoria da saúde bucal dos idosos; 6) Saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida; 7) sistemas de saúde que disponham de serviços odontológicos; 8) HIV/AIDS e saúde bucal; 9) sistemas de informação em saúde bucal, proporcionando evidências para a política de saúde bucal e formulação de metas; 10) pesquisas para saúde bucal (Petersen, 2003).

Em 2019, o *World Health Organization Global Oral Health Programme* estabeleceu as seguintes estratégias: 1) Promover estilos de vida saudáveis e

reduzir os fatores de risco para a saúde bucal que surgem de causas ambientais, econômicas, sociais e comportamentais. 2) Desenvolver sistemas de saúde bucal que melhorem equitativamente os resultados de saúde bucal, respondam às demandas legítimas das pessoas e sejam financeiramente justos. 3) Estruturar políticas em saúde bucal, com base na integração da saúde bucal em programas nacionais e comunitários de saúde, e promover a saúde bucal como uma dimensão efetiva para a política de desenvolvimento da sociedade (OMS, 2019).

O programa centra-se nas seguintes áreas de ação: Riscos para a saúde oral e intervenção: Dieta, nutrição e saúde oral - o que afeta a saúde oral de muitas formas; Saúde bucal e flúor - na prevenção da cárie; Tabaco e saúde bucal - particularmente em jovens e mulheres em países em desenvolvimento; HIV/ AIDS e saúde bucal - contribuições para o diagnóstico precoce, prevenção e tratamento das manifestações orais desta doença; Serviços de saúde bucal - garantir disponibilidade/ acesso a serviços essenciais de saúde de alta qualidade, especialmente em comunidades carentes; Sistemas de informação - fornecem aos administradores de saúde pública e tomadores de decisão as ferramentas, a capacidade e as informações para avaliar e monitorar as necessidades de saúde, a fim de escolher estratégias de intervenção, projetar opções de políticas e melhorar o desempenho do sistema de saúde bucal; Políticas públicas - medidas para reduzir o consumo gratuito de açúcar, como a rotulagem nutricional clara; melhorar o ambiente alimentar nas instituições públicas (p. ex., escolas, hospitais, trabalho); e aumentar a conscientização/ acesso a água potável segura e limpa.

Nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as ações de promoção, proteção à saúde e de natureza educativo-preventiva estão agrupadas em um mesmo eixo de atuação (Brasil, 2004). A proteção à saúde refere-se ao direito à garantia de acesso a bens, serviços e condições que impactam a saúde da população (Lobato; Giovanella, 2013). Já as ações educativas visam fornecer instrumentos que favoreçam o fortalecimento da autonomia dos sujeitos no enfrentamento do processo saúde-doença (Brasil, 2004). Por sua vez, as ações preventivas têm como objetivo evitar a ocorrência de doenças, contribuindo para a redução da incidência e da prevalência de agravos entre a população (Sucupira; Mendes, 2003; Carvalho; Cohen; Akerman, 2017).

Conforme as diretrizes da PNSB, a promoção da saúde com ênfase na saúde bucal significa:

A construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004, p. 8)

Conforme as diretrizes da PNSB, as ações de proteção à saúde incluem a garantia do acesso dos sujeitos e coletividades às escovas dentais e dentifrícios fluoretados (Brasil, 2004). Já as ações educativas-preventivas abrangem procedimentos coletivos, realizados de forma contínua, no âmbito das unidades de saúde, domicílios, grupos de rua, unidades escolares, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais (Brasil, 2004). Essas ações compreendem as seguintes medidas: 1) fluoretação das águas; 2) educação em saúde; 3) higiene bucal supervisionada; 4) aplicação tópica de flúor (Brasil, 2004).

Ressalta-se que as diretrizes da PNSB apontam para a importância dessas ações serem desenvolvidas a partir do conhecimento do perfil epidemiológico da população. Ou seja, a partir da identificação das doenças mais prevalentes, das condições socioeconômicas da comunidade, da infraestrutura de serviços disponíveis e dos hábitos, estilos de vida e necessidades de saúde dos indivíduos (Brasil, 2004; Brasil, 2023).

3.2.6 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal: alguns contrapontos

Em termos gerais, observa-se que muitas das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, mencionadas em artigos científicos ou documentos normativos, restringem-se a intervenções de cunho preventivo e são frequentemente desenvolvidas de forma isolada e desarticulada das demais iniciativas.

Na literatura, há uma discussão relevante acerca dos conceitos de prevenção e promoção da saúde, por vezes compreendidos como antagônicos (Carvalho *et al.*, 2017). Enquanto as ações preventivas têm como objetivo evitar a ocorrência de

doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população (Czeresnia e Freitas, 2003), as ações de promoção da saúde são mais amplas, direcionadas não apenas à prevenção de enfermidades, mas à ampliação da saúde e do bem-estar geral dos indivíduos (Leavell e Clark, 1976 *apud* Czeresnia e Freitas, 2003).

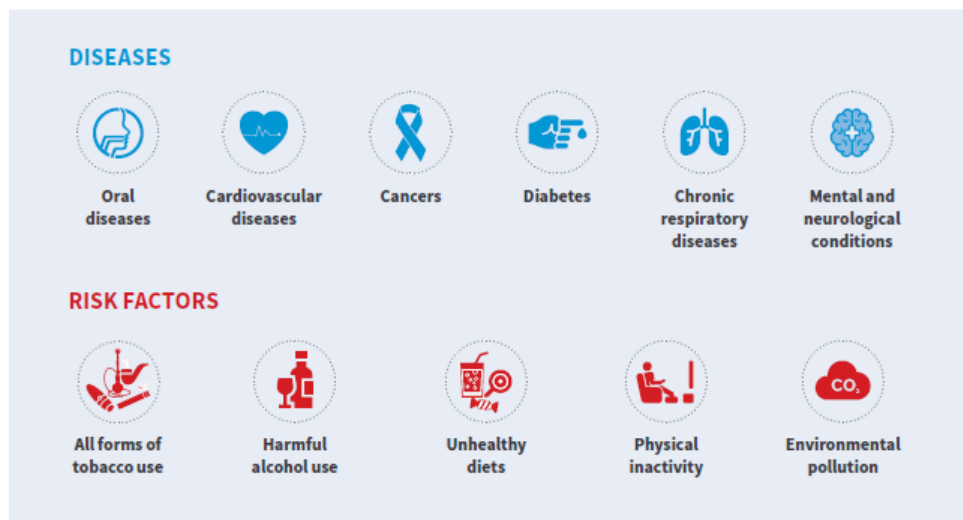
Alguns autores, contudo, argumentam que, por ser a promoção da saúde um conceito abrangente, não exclui a prevenção como estratégia complementar (Carvalho *et al.*, 2017). Em outras palavras, a prevenção de doenças se aproximaria da promoção da saúde se suas estratégias atuassem sobre as causas estruturais dos problemas, e não apenas sobre os riscos imediatos ou os sinais e sintomas clínicos; além disso, deveria favorecer o empoderamento individual e coletivo (Westphal, 2006). Ainda assim, esses contrapontos não são plenamente esclarecidos na literatura, persistindo controvérsias conceituais quanto à delimitação e à integração entre os dois conceitos.

Outro ponto crítico refere-se à fragmentação das estratégias em saúde bucal, frequentemente conduzidas exclusivamente pelas ESB, sem articulação com outras áreas. Essa fragmentação compromete os princípios da intrasetorialidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade. No entanto, é mais apropriada uma estratégia voltada à melhoria da dieta com foco na saúde geral do que uma ação dirigida unicamente à prevenção da cárie dentária (Nadanovsky, 2017). De forma semelhante, abordar a higiene bucal no contexto da higiene pessoal mostra-se mais eficaz do que tratá-la de forma isolada (Nadanovsky, 2017).

De fato, as estratégias de promoção da saúde com foco na saúde bucal devem estar integradas a outras práticas de saúde realizadas por equipes multiprofissionais, a fim de garantir os princípios e valores da promoção da saúde (Silveira Filho *et al.*, 2016). Nesse sentido, “promover a saúde bucal implica em recolocar a boca dentro do corpo, o corpo dentro das pessoas, e a pessoa dentro do seu contexto de vida em sociedade (Moysés e Kusma, 2008, p. 252). Afinal, muitos hábitos produzem benefícios simultâneos para a saúde bucal e geral. Do mesmo modo, diversas doenças ou condições crônicas compartilham fatores de risco com as doenças bucais (Watt, 2005; WHO, 2023), evidenciando que as enfermidades não são independentes entre si, mas sim interligadas por determinantes comuns (Nadanovsky, 2017).

Nesse contexto, destaca-se a abordagem dos fatores de risco comuns (*Common Risk Factor Approach*), conforme representado na Figura 4 (WHO, 2023). Essa abordagem propõe que doenças crônicas não transmissíveis, inclusive as orais, compartilham fatores de risco semelhantes, como tabagismo, consumo nocivo de álcool, dietas inadequadas, inatividade física, poluição do meio ambiente (Sheiham e Watt, 2000; Watt, 2005; WHO, 2023), estresse crônico (Sheiham e Watt, 2000; Watt, 2005), entre outros.

Figura 4 - Abordagem de fatores comuns de risco.



Fonte: World Health Organization (2023).

O tabagismo, por exemplo, é um fator de risco relevante tanto para doenças cardiovasculares, respiratórias e diversos tipos de câncer, como também para a periodontite severa e o câncer de lábio e cavidade oral. Uma dieta pobre em nutrientes e rica em sacarose está diretamente associada a diversas doenças crônicas, inclusive ao desenvolvimento de lesões cariosas (Fejerskov *et al.*, 2011). Ainda, o padrão comportamental e as alterações psiconeuroimunológicas de indivíduos submetidos a estresse psicológico favorecem o surgimento de distúrbios psiquiátricos e de maus hábitos de higiene oral, o que pode acelerar a progressão de doenças periodontais (Dantas *et al.*, 2016). O aleitamento materno, por sua vez, além dos benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos e fonoaudiológicos, contribui para o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático e promove uma atividade muscular eficaz durante a sucção (Bervian *et al.*, 2008). A literatura aponta ainda que crianças amamentadas tendem a não desenvolver hábitos bucais

deletérios, como a sucção digital, devido ao esforço muscular exigido na amamentação natural (Bervian *et al.*, 2008).

A abordagem dos fatores de risco comuns, portanto, promove uma visão integrada da saúde, reconhecendo que as condições de vida, tanto domiciliares quanto laborais, influenciam diretamente os comportamentos de risco e os desfechos em saúde (Watt, 2005; Moysés e Kusma, 2008; WHO, 2023). Trata-se de uma estratégia coerente com os princípios da promoção da saúde, ao favorecer intervenções intersetoriais e abrangentes.

Com base nesse modelo, compreende-se que as estratégias de promoção da saúde não devem ser desenvolvidas por ESB de forma desarticulada e isolada. Pelo contrário, a intrasetorialidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade configuram-se como elementos essenciais e amplamente recomendados nas ações de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Tais ações devem ser conduzidas de maneira colaborativa, evitando a duplicação de esforços, a fragmentação de práticas ou a veiculação de mensagens contraditórias, e promovendo, assim, maior sinergia entre os diferentes profissionais e setores envolvidos (Watt, 2005).

Nesse sentido, a abordagem dos fatores de risco comuns constitui-se em base conceitual e operacional para a integração das ações de saúde bucal à agenda mais ampla das doenças crônicas não transmissíveis. Ao reconhecer a inter-relação entre os fatores de risco compartilhados entre diferentes condições de saúde, essa abordagem favorece a adoção de intervenções coordenadas, intersetoriais e mais efetivas na melhoria das condições de saúde da população (WHO, 2023).

3.2.7 Estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal: um conceito

Diante dos aspectos apresentados ao longo deste referencial teórico, compreende-se que a promoção da saúde se configura como uma *práxis* complexa que, em sua essência, busca a melhoria das condições e dos modos de viver dos diferentes sujeitos (Brasil, 2018a), reduzindo os riscos à saúde associados aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais e comerciais (Brasil, 2018a; Niranjana *et al.*, 2017; Silveira-Filho *et al.*, 2016; WHO, 2023). Trata-se de um processo político-social abrangente (OMS, 2021), que inclui não apenas

ações voltadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também aquelas direcionadas à transformação dos determinantes associados (OMS, 2021). Essas ações envolvem intervenções nos níveis individual, organizacional, social e político (Kumar, 2012).

As estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, podem abranger ações educativas, desenvolvimento de políticas públicas, aprimoramento dos serviços de saúde, entre outras abordagens (Niranjan *et al.*, 2017; Hubley *et al.*, 2021). No entanto, devem estar fundamentadas na redução dos riscos à saúde e na identificação das necessidades da população de um determinado território (Silveira-Filho *et al.*, 2016). A promoção da saúde bucal, nesse sentido, não se confunde com a prevenção, ainda que esta seja uma dimensão muito necessária.

Entende-se que as estratégias de promoção da saúde abrangem a implementação de políticas públicas saudáveis, ações para promoção da saúde e o aprimoramento dos serviços de saúde (Hubley *et al.*, 2021). As políticas públicas saudáveis referem-se à adoção de intervenções intersetoriais que impactam a saúde dos indivíduos, materializando-se em legislações, medidas fiscais, taxações ou mudanças organizacionais (Buss *et al.*, 2020). Já as ações para promoção da saúde visam fomentar a autonomia dos indivíduos e fortalecer a participação dos usuários, abordando questões específicas de cada território (Moretti *et al.*, 2010). Os serviços de saúde, por sua vez, devem ser eficazes, acessíveis e alinhados às necessidades da comunidade, com infraestrutura adequada e profissionais capacitados (WHO, 2019; Hubley *et al.*, 2021). Devem ainda transcender o enfoque limitado à assistência curativa, integrando ações que promovam a qualidade de vida e abordem os fatores de risco que afetam a população (Kusma *et al.*, 2012).

É importante destacar que, independentemente da forma assumida, as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal devem ser caracterizadas pela cooperação intrasetorial e intersetorial. Além disso, por ser a boca parte integrante do corpo humano, diversas ações de promoção da saúde influenciam a saúde bucal dos indivíduos, direta ou indiretamente. Essas estratégias devem estar integradas a outras práticas de saúde e a outros setores, de modo a assegurar os princípios da integralidade, intrasetorialidade e intersetorialidade (Brasil, 2018a; Silveira *et al.*, 2016; Kusma, 2011). Ademais, devem estar necessariamente fundamentadas na determinação social do processo saúde-doença e no enfrentamento das iniquidades (Silveira *et al.*, 2016). Uma estratégia de

promoção da saúde com foco em saúde bucal deve ainda ter como objetivo o engajamento das pessoas, incluindo nas decisões e desenvolvimento das práticas, de modo que se tornem ativamente envolvidas com sua própria saúde.

Ressalta-se que as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal devem estar alinhadas aos princípios e valores da promoção da saúde. Os princípios incluem: equidade, participação, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (Brasil, 2018a). Os valores, por sua vez, envolvem: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social (Brasil, 2018a).

3.3 AVALIAÇÃO E AVALIABILIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os processos avaliativos permitem a emissão de julgamentos de valor sobre uma intervenção ou sobre um de seus componentes (Contandriopoulos, 2002), possibilitando que as decisões sejam pautadas em evidências (Dutra e Moreira, 2018). Além disso, favorecem a análise crítica das práticas em curso, identificam experiências exitosas e indicam direções a serem seguidas (Barro *et al.*, 2019), possibilitando que se “aferido o seu mérito, esforço ou valor para aperfeiçoamento ou mudança” (Vieira-da-Silva, 2014, p. 16).

De fato, o propósito mais relevante da avaliação não é “provar”, mas “melhorar” uma determinada intervenção (Stufflebeam, 2003). Nesse sentido, a avaliação em saúde tem como finalidade orientar os tomadores de decisão quanto à continuidade, reformulação ou suspensão de uma política, programa ou ação (Costa e Castanhar, 2003).

Assim, a avaliação apresenta-se como um instrumento estratégico de gestão e planejamento, fornecendo subsídios para uma visão crítica da realidade (Dutra e Moreira, 2018) e promovendo a tomada de decisões embasadas, seja no nível operacional, tático ou estratégico (Cruz *et al.*, 2018). Tal abordagem contribui para a eficiência, eficácia e efetividade das ações em saúde (Tanaka e Tamaki, 2012).

A análise de avaliabilidade, por sua vez, foi originalmente concebida, na década de 1970, como uma etapa prévia à avaliação (Trevisan e Walser, 2015). Ela surgiu em resposta às frequentes críticas de gestores e formuladores de políticas públicas quanto à pouca utilidade dos resultados das avaliações e à dificuldade de avaliar programas mal planejados ou pouco estruturados (Trevisan e Walser, 2015). Nesse contexto, a análise de avaliabilidade foi proposta como um mecanismo para aumentar a efetividade das avaliações, assegurando que os programas estivessem adequadamente implementados e prontos para serem avaliados de forma conclusiva (Trevisan e Walser, 2015; (Thurston e Potvin, 2003).

O objetivo central da análise de avaliabilidade, conforme definido por Wholey em 1977, era identificar se existiam metas mensuráveis, se essas metas eram compartilhadas pelos principais stakeholders, se havia uma estrutura organizacional adequada e recursos suficientes para alcançá-las, e se os gestores do programa estavam dispostos a utilizar os resultados da avaliação para aperfeiçoar a intervenção (Trevisan e Walser, 2015). Para tanto, recomendava-se o uso de

métodos como entrevistas com técnicos e gestores, visitas *in loco* com observação não participante e análise documental dos programas (Trevisan e Walser, 2015).

Embora, historicamente, a análise de avaliabilidade tenha sido entendida como uma atividade restrita ao início do ciclo avaliativo, autores contemporâneos ampliaram esse entendimento ao situá-la como uma abordagem avaliativa por si só. Assim, a avaliabilidade passou a ser reconhecida como uma estratégia aplicável a diferentes momentos do processo avaliativo, seja em avaliações formativas, somativas ou de desenvolvimento, evidenciando sua versatilidade e relevância para a gestão de programas e políticas públicas (Thurston e Potvin, 2003).

Embora o termo promoção da saúde seja frequentemente utilizado no cotidiano dos serviços, trata-se de um conceito complexo e multifacetado (Traverso-Yépez, 2007). As intervenções nessa área envolvem diversas dimensões, setores, atores e estratégias, sendo marcadas por constante transformação e por efeitos que, muitas vezes, só se manifestam no longo prazo (Kusma, 2011). Essa complexidade impõe desafios metodológicos relevantes à sua avaliação, especialmente no que se refere à mensuração de resultados e impactos.

Técnicos e pesquisadores que atuam na área reconhecem os obstáculos associados à avaliação da promoção da saúde (Kusma, 2011). Para a autora, esse tipo de avaliação exige abordagens metodológicas sensíveis às características contextuais - sociais, políticas e organizacionais em que se desenvolvem as práticas. Portanto, avaliar estratégias de promoção da saúde vai além da mensuração de resultados e impactos, incluindo a análise do processo político-social como condição para a sustentabilidade das intervenções (Kusma *et al.*, 2012).

Com o objetivo de identificar os métodos e instrumentos avaliativos empregados em estudos nacionais e internacionais sobre promoção da saúde, realizou-se uma busca em bases de dados eletrônicas. De modo geral, observou-se que a maioria dos estudos tende a avaliar intervenções específicas, frequentemente centradas em ações pontuais ou em componentes isolados de programas rotulados como de promoção da saúde. Essas avaliações comumente focam nos processos ou nos resultados, valendo-se de questionários elaborados especificamente para cada investigação.

Entretanto, foram também identificados instrumentos avaliativos desenvolvidos e validados nos últimos anos com a finalidade de analisar aspectos mais abrangentes da promoção da saúde. A maioria desses instrumentos tem

origem europeia, com exceção de dois, um modelo proveniente dos Estados Unidos e outro do Brasil. Dentre esses, destaca-se que apenas o instrumento brasileiro foi concebido com o objetivo específico de avaliar estratégias voltadas para a promoção da saúde bucal. Os demais abrangem desde a análise das competências profissionais em promoção da saúde até a mensuração dos impactos de intervenções sobre fatores de risco no processo saúde-doença. O quadro a seguir sintetiza os principais elementos e características desses instrumentos identificados na literatura.

Quadro 3 - Resumo dos instrumentos de avaliação relacionados com a promoção da saúde.

<i>Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe, (CompHP)</i>
Baseado nos princípios conceituais definidos no Consenso de Galway (2009), este instrumento foi desenvolvido pela oficina Européia da <i>International Union of Health Promotion and Education (UIPES)</i>. O projeto estabeleceu um conjunto de competências profissionais essenciais para o desenvolvimento de ações em promoção da saúde (Pinheiro <i>et al.</i>, 2015). No contexto da promoção da saúde, o termo competência refere-se à combinação de conhecimentos, habilidades e valores necessários para a atuação qualificada em saúde (Dempsey <i>et al.</i>, 2011). Tais competências possibilitam aos profissionais exercerem suas atividades de forma efetiva, eficaz e ética. O CompHP visa à padronização e inovação das práticas, orientando o desenvolvimento de habilidades em promoção da saúde e contribuindo para a reorganização da prática profissional (Xavier <i>et al.</i>, 2019). Dempsey <i>et al.</i> (2011) enfatizam que a capacitação profissional é condição para a transposição da teoria, da política e da pesquisa à prática. O <i>CompHP</i> lista 41 competências distribuídas em nove domínios: 1. <i>Enable Change</i> (Favorecimento de mudanças); 2. <i>Advocate for Health</i> (Advocacia); 3. <i>Mediate through Partnership</i> (Mediação por parcerias); 4. <i>Communication</i> (Comunicação); 5. <i>Leadership</i> (Liderança); 6. <i>Assessment</i> (Diagnóstico); 7. <i>Planning</i> (Planejamento); 8. <i>Implementation</i> (Implementação); 9. <i>Evaluation and Research</i> (Avaliação e pesquisa).
<i>European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)</i>

Este instrumento foi elaborado com o objetivo de auxiliar na identificação de aspectos a serem aprimorados nas iniciativas de promoção da saúde (Cerdá-Gómez *et al.*, 2017). Consiste em um checklist para avaliação da qualidade, acompanhado de um conjunto de orientações destinadas a fomentar projetos nessa área. O EQUIHP pode ser utilizado por promotores de saúde e/ou por indivíduos envolvidos na implementação de intervenções em promoção da saúde, como gestores institucionais, pesquisadores, formuladores de políticas públicas e representantes de organizações (Bollars *et al.*, 2005). Destaca-se que o EQUIHP pode ser aplicado durante o planejamento, a implementação ou na avaliação posterior das intervenções em promoção da saúde (Bollars *et al.*, 2005). Sua base conceitual fundamenta-se em um modelo desenvolvido a partir da experiência prática no campo. Para assegurar a qualidade das intervenções, o instrumento considera quatro grupos essenciais: 1) Estrutura dos princípios da promoção da saúde; 2) Desenvolvimento e implementação do projeto; 3) Gerenciamento do projeto; e 4) Sustentabilidade. Cada grupo é composto por critérios e indicadores específicos (Cerdá-Gómez *et al.*, 2017). No total, o instrumento contempla 4 grupos, 13 critérios e 97 indicadores, organizados na forma de perguntas. As respostas possíveis para cada item são: “sim”, “não” ou “em parte” (Cerdá-Gómez *et al.*, 2017). A versão completa da ferramenta EQUIHP pode ser acessada por meio do seguinte link: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf.

Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM Framework)

Este instrumento foi criado por Russell Glasgow e sua equipe no final da década de 1990, nos Estados Unidos. Os propósitos deste modelo são maximizar o impacto das intervenções na saúde pública; auxiliar pesquisadores e gestores no planejamento e avaliação de intervenções, tanto em âmbito individual quanto organizacional (Benedetti *et al.*, 2014); avaliar o impacto de políticas de saúde; e calcular métricas para estimar o impacto das intervenções (Lee *et al.*, 2017). O RE-AIM é um dos modelos de planejamento e avaliação mais comumente utilizados no campo da saúde pública (Holtrop *et al.*, 2021). Segundo os autores, trata-se de uma das principais teorias/modelos, destacando a importância das validades externa (por exemplo, generalização) e interna, com ênfase na transparência do relato em todas as suas dimensões (Holtrop *et al.*, 2021). O modelo é composto por cinco dimensões: 1) Alcance (R: Reach); 2) Eficácia ou Efetividade (E: Effectiveness or Efficacy); 3) Adoção (A: Adoption); 4) Implementação (I: Implementation); 5) Manutenção/Sustentação (M: Maintenance/Sustainment) (Glasgow *et al.*, 2019). Essas dimensões podem ser utilizadas na avaliação de programas, procedimentos ou políticas (Lee *et al.*, 2017). O alcance é definido como o número ou a porcentagem da população e a representatividade dos participantes incluídos no programa ou estudo. A eficácia e a efetividade avaliam a mudança na variável de interesse, bem como o impacto na qualidade de vida e os desfechos adversos. A adoção mede o número, a porcentagem e a representatividade dos profissionais e locais envolvidos. A implementação avalia a extensão na qual o programa ou a política é executado de forma consistente, considerando o tempo e os custos envolvidos. Já a manutenção avalia os efeitos a longo prazo e a sustentabilidade do projeto, tanto no nível individual quanto organizacional, incluindo aspectos como descontinuidade, modificações e continuidade da intervenção (Lee *et al.*, 2017). O modelo RE-AIM visa, portanto, fomentar uma reflexão crítica sobre os elementos essenciais das intervenções de promoção da saúde, sendo que, em cada dimensão, determinados questionamentos podem ser levantados. Glasgow *et al.* (2019) propuseram os seguintes exemplos: “Como alcançar a população-alvo com a intervenção?” – dimensão Alcance (Reach); “Como saber se a intervenção é efetiva?” – dimensão Eficácia ou Efetividade (Effectiveness or Efficacy); “Como desenvolver suporte organizacional para ofertar a intervenção?” – dimensão Adoção (Adoption); “Como assegurar que a intervenção seja oferecida de forma apropriada?” – dimensão Implementação (Implementation); “Como incorporar a intervenção para que ela seja sustentada a longo prazo?” – dimensão Manutenção/Sustentação (Maintenance/Sustainment). O instrumento do modelo RE-AIM inclui um checklist com 54 itens, distribuídos entre as cinco dimensões (www.re-aim.org) (Brito *et al.*, 2018). Recentemente, no estudo conduzido por Brito *et al.* (2018), esses itens e dimensões foram traduzidos para o português e adaptados à realidade brasileira. Nesse estudo, os autores apresentaram a tradução e adaptação dos 54 itens que permitem o planejamento e a avaliação de programas, além da elaboração de uma versão reduzida com 21 itens, voltada à análise da qualidade do relato de artigos de intervenção em revisões sistemáticas (Brito *et al.*, 2018).

Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal

Esta ferramenta, proposta por Kusma *et al.* (2012), foi elaborada com base nos pilares e valores da promoção da saúde. Seu propósito é apoiar a avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal no contexto das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS). A construção da ferramenta ocorreu em três fases, a saber:

1. Realização de uma revisão sistemática e de conceituação metodológica sobre avaliação em promoção da saúde, que resultou na elaboração de um modelo teórico fundamentado nos pilares e valores da promoção da saúde;
2. Construção e validação da matriz de descritores/dimensões, composta pelos pilares e valores da promoção da saúde, totalizando três dimensões e 23 descritores;
3. Aplicação de um questionário estruturado, baseado no modelo teórico e na matriz de dimensões, pilares e valores da promoção da saúde.

Os pilares da promoção da saúde – equidade, participação e sustentabilidade – constituem as bases teóricas para a definição dos valores que norteiam a avaliação. Os valores – autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade e governança – representam a âncora moral das estratégias de promoção da saúde. As dimensões definidas pelos autores foram: Saúde Bucal; Políticas Públicas Saudáveis; e Desenvolvimento Humano e Social. No questionário elaborado, os entrevistados deveriam registrar suas respostas em um espaço específico e, ao final, realizar a soma dos escores. Caso o resultado da soma estivesse entre 23 e 74 pontos, a interpretação seria de que a estratégia avaliada não contempla os pilares e valores da promoção da saúde bucal na Atenção Básica. Já se o resultado estivesse entre 75 e 115 pontos, indicaria que a estratégia contempla esses pilares e valores no contexto da Atenção Básica.

Health Awareness and Behaviour Tool (HABiT)

Este instrumento foi desenvolvido por Agarwal *et al.*, (2019) a partir da adaptação e combinação de diferentes ferramentas avaliativas preexistentes. Para os autores, esta é uma ferramenta válida e adequada para a realização de avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (Agarwal *et al.*, 2019). Ressalta-se, contudo, que o HABiT foi construído especificamente para aplicação junto a idosos de baixa renda, residentes no Canadá. A ferramenta foi elaborada para avaliar os seguintes aspectos:

1. Condição de saúde autorreferida;
2. Qualidade de vida autorreferida (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto, ansiedade/depressão, estado geral de saúde);
3. Conhecimento em saúde (19 afirmações relacionadas a doenças cardiovasculares e diabetes);
4. Estado de saúde atual;
5. Comportamentos atuais de saúde;
6. Utilização e acesso aos serviços de saúde;
7. Mudanças comportamentais relacionadas à saúde (por exemplo, intenção e autoeficácia – entendida como a confiança na própria capacidade de agir);
8. Literacia em saúde.

Segundo os autores, a partir desses itens torna-se possível avaliar programas voltados à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas.

A Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments (DYNAMO-HIA)

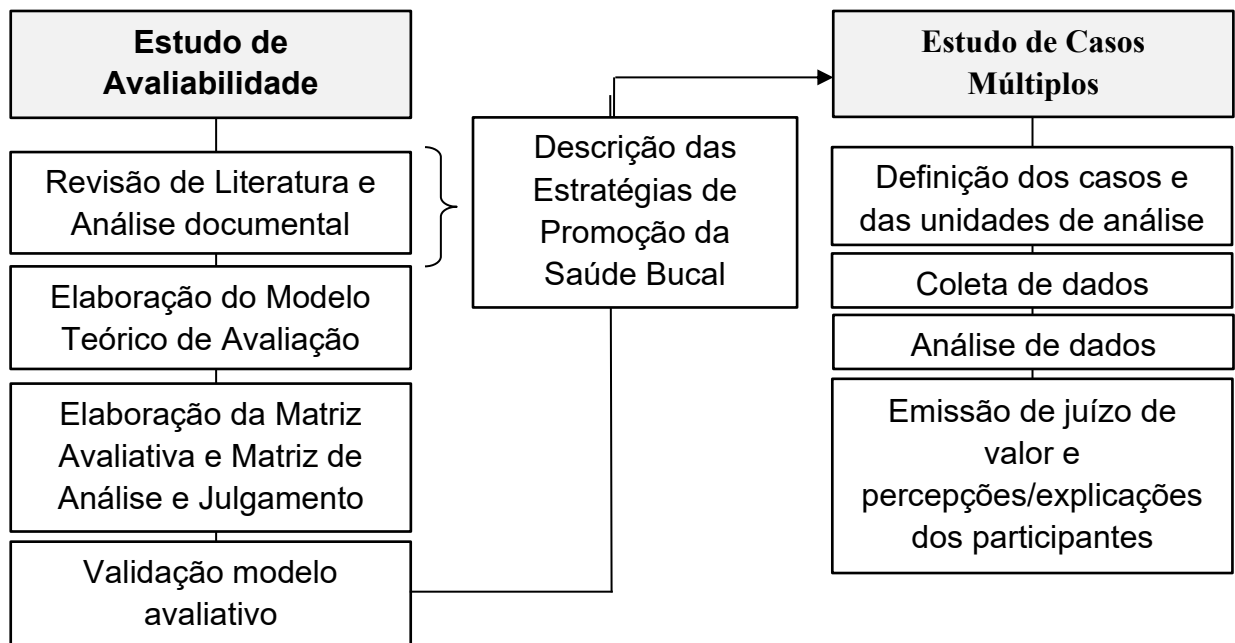
Trata-se de um instrumento que quantifica o impacto das alterações em fatores de risco, especificadas pelo usuário, sobre múltiplas doenças e indicadores de saúde, comparando um cenário de referência com um ou mais cenários de intervenção (Lhachimi *et al.*, 2012). A ferramenta simula a evolução dos fatores de risco, bem como a morbidade e mortalidade associadas, em uma população, por meio de um modelo dinâmico do tipo Markov (Leão *et al.*, 2019). Este modelo é do tipo multiestados, dependente de características individuais como idade, sexo, status do fator de risco e estado de saúde (Lhachimi *et al.*, 2012). O modelo dinâmico de Markov combina microssimulação estocástica, para estimar o desenvolvimento da exposição a um fator de risco, com macrossimulação, para projetar o impacto dessa exposição na incidência de doenças, mortalidade e morbidade ao longo do tempo (Leão *et al.*, 2019). Essa abordagem permite estimar os ganhos em saúde gerados por uma intervenção, na qual há modificação na prevalência ou transição de um fator de risco, em comparação com um cenário de referência (sem intervenção). Dessa forma, torna-se possível estimar, por exemplo, quantos anos de vida saudável poderiam ser salvos com a implementação de um determinado programa de saúde pública (Leão *et al.*, 2019).

Fonte: elaborado pela autora.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de natureza mista, desenvolvida em etapas: 1) Estudo da Avaliabilidade; 2) Estudo de Casos Múltiplos (Figura 5).

Figura 5 - Etapas desenvolvidas no estudo de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros.



Fonte: Elaboração própria.

4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Os Estudos de Avaliabilidade são essenciais, pois resultam na descrição completa de um programa; na definição das perguntas avaliativas; no delineamento de um modelo de avaliação; e na identificação dos interessados na avaliação (Thurston, Ramaliu, 2005). Esta primeira etapa correspondeu à apreciação da viabilidade da avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal e na construção do modelo avaliativo. Foi desenvolvido em etapas baseadas na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu (2005).

4.1.1 Revisão de literatura e análise documental

Para o delineamento do Estudo de Avaliabilidade, foi realizada, em uma etapa inicial, uma revisão da literatura científica e uma análise documental referentes ao objeto da pesquisa, com o intuito de identificar e descrever as principais estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados BVS, Medline, PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores em português, inglês e espanhol: *health promotion*, *health evaluation*, *protocols*, *instrument* e *oral health*.

4.1.2 Elaboração do Modelo Teórico

Com base na revisão da literatura e na análise documental, foi elaborada uma proposta de Modelo Teórico para a avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. O processo de modelagem consiste na construção de um diagrama, fluxograma ou representação esquemática do objeto avaliativo no contexto em que se insere, com o objetivo de explicitar os vínculos e relações estabelecidos entre seus componentes (Champagne *et al.*, 2011; Medina *et al.*, 2005). Trata-se de uma etapa fundamental para que as perguntas avaliativas sejam corretamente formuladas, os efeitos possam ser atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação contribua de maneira efetiva para a tomada de decisões (Brousselle *et al.*, 2011).

Um Modelo Teórico refere-se a uma representação conceitual do objeto da avaliação, evidenciando os fundamentos teóricos que sustentam a intervenção (Medina *et al.*, 2005). Seu foco está em demonstrar como a intervenção deve funcionar para alcançar seus objetivos, identificando os fatores contextuais que influenciam sua operacionalização, bem como as inter-relações entre contexto, ações e resultados, à luz da lógica e racionalidade subjacentes à intervenção (Thurston e Ramaliu, 2005).

A construção do Modelo Teórico foi embasada em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, no *Health education, service improvement and advocacy for policy changes framework* (HESIAD), proposto por Hubley, Copeman e Woodall (2021), e na ferramenta brasileira de avaliação da efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal,

desenvolvida por Kusma, Moysés e Moysés (2012). Esses referenciais forneceram suporte conceitual e metodológico à estruturação do modelo, assegurando sua relevância e coerência com os princípios da saúde coletiva e da promoção da saúde.

4.1.3 Elaboração da Matriz Avaliativa e Matriz de Análise e Julgamento

Com base nas etapas anteriores, foi elaborada uma proposta de Matriz Avaliativa, organizada em dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Cada item da matriz foi devidamente justificado por meio de *rationales* (Apêndice H). Essa estrutura permitiu o alinhamento entre o referencial teórico do estudo e os elementos operacionais do processo avaliativo.

Na sequência, foi construída a Matriz de Análise e Julgamento, contendo a agregação do somatório (Σ) dos escores atribuídos aos indicadores. Essa agregação viabilizou a obtenção de julgamentos para cada subdimensão, dimensão e para o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.

Conforme Alves et al. (2010), a comparação entre os dados observados e os parâmetros estabelecidos possibilita responder às perguntas avaliativas, constituindo a base para os julgamentos sobre o objeto de avaliação. A disposição das informações em matriz facilita não apenas a análise e interpretação dos dados, mas também contribui para o planejamento da etapa de coleta, ao organizar previamente os focos avaliativos e suas respectivas medidas.

A partir do modelo avaliativo proposto, foram desenvolvidos os instrumentos de coleta de dados, os quais foram desenhados de modo a contemplar as múltiplas dimensões da matriz e captar, com profundidade, as percepções, práticas e evidências relacionadas à implementação das estratégias avaliadas.

4.1.4 Validação modelo avaliativo

Para que o estudo de caso fosse realizado, a proposta do Modelo Avaliativo deveria ser previamente validada. Para isso, foram identificados os interessados na avaliação (*stakeholders*) e foi realizada oficina de consenso, utilizando a técnica “Delphi”, nos meses de junho e julho de 2024.

A técnica “Delphi” é um método ético, sistematizado, robusto e padronizado, apropriada para a validação de instrumentos, envolvendo informantes-chave (especialistas) em um processo iterativo e estruturado (Spranger *et al.*, 2022). Os informantes-chave são pessoas que possuem conhecimento sobre o tema em questão (Mcmillan *et al.*, 2016). Eles auxiliam na identificação do que é atualmente importante ou valorizado a ser investigado acerca da temática em questão (Mcmillan *et al.*, 2016).

Desse modo, foram identificados e convidados pesquisadores com expertise em avaliação e/ou promoção da saúde e cirurgiões-dentistas com atuação em serviços de saúde no setor público. Os que aceitaram participar, assinaram o TCLE (Apêndice B) e foi enviado, via correio eletrônico, a proposta preliminar do Modelo Teórico e da Matriz Avaliativa. Eles deveriam se manifestar quanto à concordância plena, parcial ou discordância sobre cada item do modelo avaliativo. Em casos de concordância parcial ou discordância, os informantes-chave preencheram suas considerações e sugestões em um campo indicado.

Todas as considerações foram organizadas, analisadas e, quando pertinentes, acatadas. Posteriormente, o modelo avaliativo foi enviado novamente aos mesmos integrantes com as devidas alterações, repetindo-se o processo anterior. Foram realizados dois ciclos até que se alcançasse a concordância entre todos os participantes. Ao final dos ciclos, obteve-se um consenso sobre o modelo de avaliação das estratégias de promoção com ênfase na saúde bucal.

4.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Essa etapa operacionalizou o modelo avaliativo elaborado e validado. Conforme Yin (2010), estudos de caso investigam fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real e são amplamente utilizados, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes. Este tipo de estudo é chamado de estudo de casos múltiplos quando mais de um caso é estudado (Yin, 2010).

4.2.1 Definição dos casos e das unidades de análise

Nesta etapa foram definidos os casos: Equipes de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB), localizados em municípios de grande porte populacional (com mais de 100 mil habitantes), conforme a classificação proposta por Willemann *et al*, 2019), em três estados brasileiros de três regiões distintas: Maranhão (Região Nordeste), Mato Grosso do Sul (Região Centro-Oeste) e Paraná (Região Sul). A seleção de tais municípios foi intencional, devido à facilidade de acesso da pesquisadora, contemplando o critério de seleção dos casos estabelecido: ESF com ESB que atuassem em municípios com diferentes contextos regionais.

As unidades de análise foram os cirurgiões-dentistas, enfermeiros, ACS e gestor municipal do serviço de saúde bucal. A seleção de diferentes categorias profissionais teve como objetivo compreender, sob múltiplas perspectivas, a implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, nos municípios analisados. Ademais, a inclusão de profissionais além dos cirurgiões-dentistas está em consonância com os princípios da promoção da saúde, que pressupõem a integralidade.

Como critério de inclusão utilizou-se o tempo mínimo de um ano de atuação ininterrupta no local e, sempre que possível, a formação em saúde coletiva e/ou saúde da família e/ou saúde pública. Excluíram-se profissionais de férias ou de licença.

4.2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas principais: aplicação de questionários estruturados e realização de entrevistas semiestruturadas.

Com base na matriz avaliativa do estudo, foram elaborados quatro questionários estruturados distintos, voltados a diferentes categorias profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS): cirurgiões-dentistas (Apêndice D), enfermeiros (Apêndice E), ACS (Apêndice F) e gestores municipais de saúde bucal (Apêndice G). Esses instrumentos foram previamente testados com uma amostra reduzida de profissionais da APS em municípios não pertencentes ao universo da pesquisa, permitindo ajustes antes da aplicação definitiva.

A coleta ocorreu entre novembro de 2024 e janeiro de 2025. O contato inicial com os municípios foi feito por meio de e-mail institucional enviado ao gestor municipal de saúde bucal, apresentando os objetivos do estudo e solicitando apoio para a identificação e convite dos profissionais participantes. Os profissionais foram indicados pela gestão, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, considerando também a disponibilidade e o interesse deles em participar. Todos os indicados aceitaram voluntariamente participar do estudo.

Em cada município selecionado, foram escolhidas duas ESF com ESB vinculadas. Foram entrevistados: o gestor municipal de saúde bucal, um cirurgião-dentista, um enfermeiro e um ACS de cada equipe, totalizando sete participantes por município. Assim, foram incluídos nestes estudos três municípios, duas equipes de APS e sete profissionais por município, totalizando ao todo 6 equipes e 21 participantes no total.

Após a aplicação dos questionários estruturados, os dados coletados serviram de base para a construção dos roteiros das entrevistas, que buscaram aprofundar as informações obtidas. As entrevistas foram agendadas com os participantes e realizadas presencialmente em locais reservados, nos próprios ambientes de trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise. Ressalta-se que todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme as diretrizes éticas da pesquisa.

4.2.3 Análise dos dados

A análise quantitativa foi conduzida no Microsoft Excel 2024 e IBM SPSS Statistics 22, sendo o grau de implantação das estratégias classificado em três níveis: implementação avançada, intermediária ou incipiente.

Ressalta-se que não foi possível realizar análises estatísticas para verificar possíveis associações com o contexto, visto que a amostra era pequena e não representativa.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise temática (Minayo, 2013). As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas em seu conjunto, identificando-se os principais pontos convergentes e divergentes entre os casos. A categorização dos relatos seguiu as dimensões do modelo avaliativo utilizado: (a)

Defesa de Causa; (b) Ações para Promoção da Saúde; (c) Melhoria dos Serviços de Saúde. As informações foram sistematizadas com base nas ideias centrais identificadas nos depoimentos dos profissionais dentro dessas categorias.

Para assegurar a preservação da identidade dos participantes, apenas a categoria profissional foi divulgada, acompanhada da localização (UF). Os nomes dos municípios não foram divulgados, de forma a garantir o anonimato dos participantes.

Essa análise qualitativa possibilitou identificar as principais barreiras acerca da implementação dessas estratégias nas percepções dos sujeitos entrevistados na presente pesquisa e as relações com julgamento de valor observado na análise quantitativa.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: Parecer nº 6.538.626; CAAE 75158523.6.0000.0121. (Anexo 1)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente tese de doutorado estão apresentados em formato de três artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “Instrumento de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal (IAI-PS-SB)”, apresenta os resultados referentes à elaboração e validação do Instrumento de Avaliação das Estratégias de Promoção da Saúde, com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB). O estudo foi publicado no periódico *Caderno Pedagógico*, no seu volume 22, número 6 (2025) e encontra-se no Apêndice 1.

O segundo artigo, intitulado “Avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde voltadas para a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em diferentes contextos brasileiros”, apresenta os resultados da avaliação da implementação. Com uma abordagem quantitativa, atribuiu juízo de valor aos casos estudados, determinando o grau de implementação dessas estratégias. Complementarmente, com base na análise qualitativa, foram explicitadas as interpretações e percepções dos profissionais acerca do processo de implementação, relacionando o grau de implementação com os aspectos contextuais.

O terceiro artigo, intitulado “Barreiras à implementação das estratégias de promoção da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em diferentes contextos: a percepção de trabalhadores da saúde”, apresenta os resultados relativos às barreiras enfrentadas na implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. São discutidas as percepções dos entrevistados acerca dos desafios observados nos diferentes contextos analisados. O manuscrito está formatado conforme as normas de submissão da *Revista SUSTINERE*.

5.1 ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS PARA A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS DO BRASIL

RESUMO: A promoção da saúde busca ampliar o potencial de saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos associados aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, na Atenção Primária à Saúde de três municípios de diferentes regiões do Brasil. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem mista. A análise quantitativa teve por objetivo atribuir um juízo de valor ao grau de implementação das estratégias. A etapa qualitativa buscou compreender as percepções dos profissionais sobre fatores que influenciam a implementação. Os itens avaliados foram baseados no Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB). Apenas uma equipe foi classificada como de implementação “avançada”, três como “intermediárias” e duas como “incipientes”. Os resultados evidenciam iniquidades regionais e fragilidades na articulação com políticas públicas, na intersetorialidade e no envolvimento dos usuários. Observou-se compreensão limitada sobre o conceito ampliado de saúde. A efetivação das estratégias demanda mudanças estruturais na lógica de organização do trabalho em saúde.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde configura-se como uma práxis complexa e dinâmica, orientada por valores como a equidade, a justiça social e a melhoria das condições e dos modos de viver dos diferentes sujeitos sociais (Brasil, 2018). Em sua essência, busca ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva, ao mesmo tempo em que visa reduzir vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que impactam diretamente o processo saúde-doença (Brasil, 2018).

No campo da saúde bucal, as estratégias de promoção da saúde desempenham papel crucial no bem-estar da população, uma vez que buscam não apenas a prevenção de doenças, mas também o fortalecimento da autonomia e da capacidade de cuidado dos indivíduos (Jin *et al.*, 2016). No Brasil, políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) têm contribuído para avanços nesse campo. No entanto, persistem desafios relacionados à equidade e à efetividade dessas estratégias, especialmente diante das marcantes desigualdades regionais e socioeconômicas que caracterizam o país (Silveira Filho *et al.*, 2016).

É na Atenção Primária à Saúde (APS) que a promoção da saúde é, prioritariamente, operacionalizada. Enquanto porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS constitui o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas, construção de vínculos, estímulo à participação social e fortalecimento de práticas intersetoriais. As

Equipes de Saúde da Família (ESF), inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), são responsáveis por articular saberes e práticas que levem em consideração os determinantes sociais da saúde e as especificidades do território (Starfield, 2002; Brasil, 2022).

As estratégias de promoção da saúde bucal podem englobar ações educativas, políticas públicas, fortalecimento dos serviços e abordagens interdisciplinares (Niranjan *et al.*, 2017; Hubley *et al.*, 2021). No entanto, sua implementação deve ser sensível às necessidades e potencialidades locais, considerando que diferentes territórios — com diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e institucionais — influenciam diretamente os modos como essas ações são formuladas e executadas (Almeida Filho, 2011; Silveira Filho *et al.*, 2016).

A implementação de estratégias em promoção da saúde pode variar amplamente entre municípios, em função de fatores como disponibilidade de recursos, perfil e capacitação dos profissionais, adesão das equipes, infraestrutura dos serviços e participação da comunidade (Sharma e Petosa, 2023). Obstáculos como escassez de tempo, limitações orçamentárias e baixa articulação intersetorial podem comprometer não apenas a execução, mas também a sustentabilidade das ações.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos os estudos avaliativos que abordam a implementação das estratégias de promoção voltadas para a saúde bucal considerando os distintos contextos territoriais no Brasil. Essa lacuna de conhecimento dificulta a identificação de fragilidades e potencialidades, limitando a formulação de políticas mais eficazes e contextualizadas. Estudos avaliativos que integrem a análise de aspectos estruturais, processuais e contextuais podem contribuir para o fortalecimento das ações de promoção da saúde na APS, orientando gestores e profissionais na superação de desafios locais.

Dessa forma, considerando que os municípios brasileiros são responsáveis por organizar a APS e desenvolver ações de promoção da saúde por meio das equipes das UBS (Silveira Filho *et al.*, 2016), o presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, na APS de três municípios localizados em diferentes regiões do Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem metodológica mista, cujo objetivo foi analisar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na APS de três municípios brasileiros. A escolha por uma abordagem mista teve como finalidade articular dados quantitativos e qualitativos, de modo a captar tanto a extensão quanto a profundidade do fenômeno estudado.

A etapa quantitativa consistiu em um estudo transversal, baseado na aplicação de um questionário estruturado com profissionais das equipes da APS. O instrumento foi elaborado com base no Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB), desenvolvido por Rios et al. (2015), composto por 42 indicadores organizados em 11 subdimensões, distribuídas em três dimensões analíticas: Defesa de Causa, Ações para Promoção da Saúde e Melhoria dos Serviços de Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões (Dim.), subdimensões e indicadores utilizados para avaliação do grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na APS.

Dim.	Subdimensão	Indicador
Defesa de Causa	<i>Políticas Públicas Saudáveis</i>	1. Heterocontrole do Flúor na Água de Abastecimento Público
		2. Políticas que assegurem Acesso à Alimentos Saudáveis
		3. Políticas que assegurem o Acesso aos Itens de Higiene Bucal
		4. Políticas de incentivo à Eliminação do Tabagismo
		5. Política para incentivar a redução do consumo nocivo de álcool
Ações para Promoção da Saúde	<i>Ações para a Promoção em Saúde</i>	6. Ações de educação em saúde
		7. Programa Saúde na Escola
		8. Ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por ACS
		9. Atividades comunitárias
		10. Trabalho com grupos
	<i>Integralidade</i>	11. Articulação intrasectorial
		12. Articulação intersetorial
	<i>Envolvimento dos Usuários</i>	13. Engajamento dos Usuários
		14. Presença dos Usuários
	<i>Gestão Participativa</i>	15. Planejamento das ações para promoção em saúde
		16. Monitoramento das ações para promoção em saúde
Melhoria dos Serviços de Saúde	<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	17. Avaliação das ações para promoção em saúde
		18. Disponibilidade de Materiais Necessários
		19. Suficiência da carga-horária dos Profissionais de Saúde destinada para o desenvolvimento das Ações para Promoção da Saúde
		20. Existência de Espaços Coletivos
		21. Educação Permanente
	<i>Abordagem Territorial</i>	22. Perfil Epidemiológico da Condição Bucal da População Adscrita
		23. Perfil Epidemiológico da Condição de Saúde da População Adscrita
		24. Perfil Socioeconômico da População Adscrita
		25. Identificação das Necessidades e Demandas no Território
		26. Priorização de Ações voltadas para Famílias/Grupos em situações mais vulneráveis no Território
	<i>Serviço de Saúde Bucal</i>	27. Oferta de Procedimentos Odontológicos
		28. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
		29. Modelo de Atenção à Saúde
		30. Acesso aos serviços de Saúde Bucal
		31. Acessibilidade aos Serviços de Saúde Bucal
		32. Atenção Especializada
Melhoria dos Serviços de Saúde	<i>Gestão Participativa</i>	33. Planejamento para Organização do Serviço de Saúde Bucal
		34. Monitoramento do Serviço de Saúde Bucal
		35. Avaliação do Serviço de Saúde Bucal
		36. Pesquisas de satisfação com os usuários para reorganização do Serviço de Saúde Bucal

	<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	37. Perfil do Cirurgião-dentista para atuar na Equipe de Saúde Bucal 38. Profissional Auxiliar em Saúde Bucal 39. Adequação de Equipamentos e Periféricos 40. Adequação de Instrumentais e Insumos
	<i>Abordagem Territorial</i>	41. Territorialidade e População de Referência 42. Análise da Situação Local de Saúde

Fonte: Rios et al., 2025.

Antes da coleta de dados, o questionário foi testado com uma amostra reduzida de profissionais de municípios que não compuseram o universo da pesquisa, com o intuito de verificar clareza, coerência e aplicabilidade. Após a validação interna, os dados foram coletados entre novembro de 2024 e janeiro de 2025 pela primeira autora do estudo.

O campo empírico foi constituído por três municípios brasileiros de grande porte populacional (com mais de 100 mil habitantes), localizados nos estados do Maranhão, Mato Grosso do Sul e Paraná. Os municípios foram selecionados por conveniência, considerando sua diversidade regional, sua estruturação em APS e disponibilidade para participação. Esses municípios apresentam perfis socioeconômicos distintos: em 2021, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita foi de R\$ 29.592,70 no município do Maranhão, R\$ 55.246,68 no do Mato Grosso do Sul e R\$ 46.976,49 no do Paraná. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2022, os valores foram 0,731, 0,747 e 0,782, respectivamente (IBGE, 2024). Em relação à cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, os percentuais também variaram: no Maranhão, 84,02% (ESF) e 31,45% (ESB); no Mato Grosso do Sul, 75,82% e 71,08%; e no Paraná, 50,42% e 55,96% (E-Gestor AB, 2024).

Em cada município, participaram da pesquisa dois cirurgiões-dentistas, dois enfermeiros, e dois agentes comunitários de saúde (ACS) de duas equipes da APS, além do coordenador municipal de saúde bucal, totalizando 7 participantes. Os profissionais foram indicados pelas gestões locais, com base em critérios de experiência e familiaridade com as ações de promoção da saúde. Para os profissionais de nível superior, foi recomendada formação em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, além de no mínimo um ano de atuação contínua na unidade de trabalho. A composição da amostra buscou captar múltiplas perspectivas, em consonância com os princípios da promoção da saúde e da integralidade do cuidado.

A análise quantitativa teve por objetivo atribuir um juízo de valor ao grau de implementação das estratégias. Cada indicador foi pontuado com base em uma escala padronizada: 4 pontos para "implementação avançada", 2 para "intermediária" e 0 para "incipiente". A agregação da pontuação para emissão do juízo de valor está esquematizada no

quadro 2. As respostas de todos os entrevistados foram consideradas na pontuação de cada indicador. Procedeu-se à soma das pontuações por indicador, subdimensão e dimensão de todos os entrevistados. A média do somatório obtida em cada item foi utilizada para a emissão do juízo de valor. O juízo de valor emitido pela média dos somatórios possibilitou a emissão do juízo de valor final por equipe. Todos os indicadores, subdimensões e dimensões foram considerados de igual peso na avaliação. A dimensão “Melhoria dos Serviços de Saúde” contou apenas com os cirurgiões-dentistas como informantes-chave, devido à especificidade técnica das informações.

Além da emissão do juízo de valor, foi calculado o percentual obtido em cada item avaliado. Para tanto, determinou-se o valor máximo possível para cada item da matriz e calculou-se a respectiva fração por 100 em relação ao valor obtido. Ressalta-se que esse percentual não foi utilizado para a emissão do juízo de valor, teve apenas a finalidade de auxiliar a interpretação, a análise e a discussão dos resultados.

Paralelamente, a etapa qualitativa foi conduzida com base em entrevistas semiestruturadas realizadas com os mesmos participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise temática, conforme proposta por Minayo (2013). A categorização seguiu as três dimensões do instrumento avaliativo: Defesa de Causa, Ações para Promoção da Saúde e Melhoria dos Serviços de Saúde; permitindo identificar os principais pontos de convergência e divergência entre os casos e compreender as percepções dos profissionais sobre os fatores que favorecem ou dificultam a implementação das estratégias.

Os dados quantitativos foram processados nos programas Microsoft Excel (versão 2024) e IBM SPSS Statistics 22. Já os dados qualitativos foram analisados de forma manual, com codificação inicial das falas e posterior organização por núcleos de sentido, preservando o contexto das falas e mantendo os relatos agrupados por dimensão analítica.

Todas as entrevistas foram realizadas mediante consentimento dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o sigilo, foram divulgadas apenas a categoria profissional e a unidade federativa de origem dos participantes, omitindo-se os nomes dos municípios. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 6.538.626 e CAAE 75158523.6.0000.0121.

Quadro 2. Forma de agregação para emissão do juízo de valor.

Nº do indicador	Resultado da subdimensão	Resultado da dimensão	Resultado da implementação
Dimensão: Defesa de Causa		Σ Escores Av.: 20 (20 pts) Int.: 10 (10 pts) Inc.: 0 (0 pts)	Σ Escores Av.: 40-60 Int.: 20-39 Inc.: 0-19
Políticas Públicas Saudáveis			
I1, I2, I3, I4 e I5	Av.: 14-20 (20 pts) Int.: 8-13 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)		
Dimensão: Ações para Promoção da Saúde		Σ Escores Av.: 81-120 (20 pts) Int.: 40-80 (10 pts) Inc.: 0-39 (0 pts)	
Ações para a Promoção em Saúde			
I6, I7, I8, I9 e I10	Av.: 14-20 (20 pts) Int.: 8-13 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)		
Integralidade			
I11 e I12	Av.: 6-8 (20 pts) Int.: 3-4 (10 pts) Inc.: 0-2 (0 pts)		
Envolvimento dos Usuários			
I13 e I14	Av.: 6-8 (20 pts) Int.: 3-4 (10 pts) Inc.: 0-2 (0 pts)		
Gestão Participativa			
I15, I16, I17, I33, I34, I35 e I36	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)		
Recursos Físicos e Humanos			
I18, I19, I20, I21, I37, I38, I39 e I40	Av.: 22-32 (20 pts) Int.: 11-21 (10 pts) Inc.: 0-10 (0 pts)		
Abordagem Territorial			
I22, I23, I24, I25, I26, I41 e I42	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts))		
Dimensão: Melhorias dos Serviços de Saúde		Σ Escores Av.: 54-80 (20 pts) Int.: 27- 53 (10 pts) Inc.: 0-26 (0 pts)	
Serviço de Saúde Bucal			
I27, I28, I29, I30, I31 e I32	Av.: 17-24 (20 pts) Int.: 8-16 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)		
Gestão Participativa			
I33, I34, I35, I36, I15, I16 e I17	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)		
Recursos Físicos e Humanos			
I37, I38, I39, I40, I18, I19, I20 e I21	Av.: 22-32 (20 pts) Int.: 11-21 (10 pts) Inc.: 0-10 (0 pts)		
Abordagem Territorial			
I41, I42, I22, I23, I24, I25 e I26	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)		

Fonte: Rios et al., 2025.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo revelou que apenas uma das Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)

avaliadas atingiu a classificação “avançada” na implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Três equipes foram classificadas como “intermediárias” e duas como “incipientes”, conforme apresentado no Quadro 3. De modo geral, os resultados evidenciam iniquidades regionais e importantes fragilidades, especialmente na articulação da odontologia com políticas públicas saudáveis, na efetivação da intersetorialidade, na gestão participativa e no envolvimento dos usuários. Observou-se, ainda, que a compreensão dos profissionais sobre o conceito ampliado de saúde, seus determinantes e o próprio papel da promoção da saúde na APS demandando avanços na compreensão.

Quadro 3. Grau de implementação das estratégias de promoção da saúde voltadas para a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), por Equipe de Saúde (E)

Implementação			Maranhão		Mato Grosso do Sul		Paraná	
Dimensão	Indicador	Subdimensão	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Grau de implementação das estratégias de promoção da saúde voltadas para a saúde bucal na APS								
Defesa de Causa								
Ações para Promoção da Saúde								
Melhoria dos Serviços de Saúde								
Políticas Públicas Saudáveis								
Ações para a Promoção em Saúde								
Integralidade								
Envolvimento dos Usuários								
Gestão Participativa								
Recursos Físicos e Humanos								
Abordagem Territorial								
Serviço de Saúde Bucal								
Percentual atingido*			25,0%	25,0%	50,0%	31,25%	56,25%	43,75%
Defesa de Causa	Políticas Públicas Saudáveis	I1						
		I2						
		I3						
		I4						
		I5						
	Percentual atingido		0,0%	0,0%	10,0%	10,0%	90,0%	90,0%
	Ações para Promoção da Saúde	Ações para a Promoção em Saúde	I6					
I7								
I8								
I9								
I10								
Percentual atingido		50,0%	50,0%	70,0%	40,0%	60,0%	40,0%	
Integralidade		I11						
		I12						
Percentual atingido		50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	25,0%	0,0%	
Envolvimento dos Usuários		I13						
		I14						
Percentual atingido		0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	
Gestão Participativa		I15						
		I16						
	I17							
Percentual atingido		0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	0,0%	

	<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	I18						
		I19						
		I20						
		I21						
	Percentual atingido		62,5%	62,5%	62,5%	0,0%	50,0%	25,0%
	<i>Abordagem Territorial</i>	I22						
		I23						
		I24						
		I25						
	Percentual atingido		40,0%	50,0%	30,0%	40,0%	30,0%	0,0%
Melhoria dos Serviços de Saúde	<i>Serviços de Saúde Bucal</i>	I27						
		I28						
		I29						
		I30						
		I31						
		I32						
	Percentual atingido		14,3%	14,3%	71,4%	71,4%	71,4%	71,4%
	<i>Gestão Participativa</i>	I33						
		I34						
		I35						
		I36						
	Percentual atingido		12,5%	12,5%	37,5%	12,5%	25,0%	0,0%
	<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	I37						
		I38						
		I39						
		I40						
	Percentual atingido		12,5%	12,5%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%
	<i>Abordagem Territorial</i>	I41						
		I42						
	Percentual atingido		0,0%	0,0%	100,0%	75,0%	50,0%	50,0%

Avançado

Intermediário

Incipiente

Legenda: *Todas as subdimensões

E: Equipe de Saúde da APS e coordenador de saúde bucal

Fonte: as autoras.

Dimensão Defesa de Causa

A defesa de causa é a defesa das políticas públicas saudáveis, que envolvem ações intersetoriais para promover a saúde e a qualidade de vida da população. Estas políticas visam a equidade, a distribuição de renda e a criação de ambientes mais seguros e saudáveis (Teixeira, 2004).

A dimensão Defesa de Causa apresentou o melhor resultado no município do Paraná, que atingiu 90,0% da pontuação máxima. Em contraste, os municípios do Maranhão e do Mato Grosso do Sul registraram resultados inferiores, atingindo 0,0% e 10,0%, respectivamente (Quadro 3).

A análise qualitativa evidenciou que essa baixa implementação está diretamente relacionada à dificuldade de estabelecer parcerias intrasetoriais e intersetoriais. Em diversas situações, o setor de odontologia não dispõe de espaços institucionalizados de articulação ou

não busca ativamente integrar-se a outras frentes da gestão em saúde. Apesar da existência de políticas públicas direta ou indiretamente relacionadas à saúde bucal, observou-se baixa participação, e até desinteresse, do setor da odontologia, com frágil envolvimento mesmo nos municípios onde tais políticas estão implementadas.

Esse cenário revela uma fragilidade na inserção da saúde bucal nas agendas intersetoriais, o que pode ser interpretado, sob a ótica da análise política, como reflexo de disputas por poder e espaço institucional. A pouca capilaridade do setor compromete sua capacidade de garantir ações efetivas e reconhecidas pelos demais atores sociais. Tal situação remete, ainda, ao modelo de atenção historicamente adotado pela odontologia, majoritariamente centrado na clínica individual e no procedimento técnico, o que dificulta sua atuação estratégica em políticas integradas e promotoras da saúde.

As falas de gestores entrevistados evidenciaram desconhecimento sobre políticas públicas, como a fluoretação da água e as ações de alimentação saudável. A percepção de que tais responsabilidades cabem exclusivamente a outros setores revela uma fragmentação nas ações intersetoriais e o distanciamento da saúde bucal nessas iniciativas:

“Eu não sei muito bem sobre a fluoretação e o heterocontrole do flúor. Tem, mas é lá vigilância que cuidam disso. [...] Sobre as políticas de alimentação saudáveis, tem uma coordenação, nutricionistas. Eu não sei informar essa parte” (gestor, município do Maranhão)

“Se existem uma política que assegure a Acesso à Alimentos Saudáveis? Não conheço. Eu teria que perguntar para o núcleo de nutrição e saúde, mas eu não conheço [...]. O que eu sei é que no município não podem ter aquelas cantinas dentro das escolas, é proibido essas cantinas, que é de onde se vende geralmente esse tipo de item (alimentos ricos em açúcar). O que eu posso dizer é do que eu ouço, eu não fiz visitas nas escolas para comprovar se isso é feito efetivamente, né?” (gestor, município do Mato Grosso do Sul)

Por outro lado, a boa implementação esteve relacionada a uma postura ativa e articulada da gestão municipal de saúde bucal, que demonstrou boa integração com outros setores e áreas da saúde. A formação dos gestores parece exercer alguma influência em tais achados, uma vez que profissionais com formação na área de gestão pública e saúde coletiva apresentaram maior capacidade para estabelecer parcerias e integrar a saúde bucal às políticas públicas. No caso do município do Paraná, além da qualificação técnica dos gestores, outros fatores contextuais podem ter contribuído para o bom grau de implementação observado. Destaca-se, por exemplo, a existência de uma trajetória consolidada em políticas públicas saudáveis, o que pode ter criado um ambiente institucional mais propício à intersectorialidade,

ao planejamento participativo e à cultura de promoção da saúde.

Esses achados dialogam com a literatura, que reforça a relevância das ações intersetoriais e intrassetoriais na promoção da saúde, alicerçadas na troca de saberes, diálogo contínuo e cogestão entre diferentes setores (Moretti *et al.*, 2010). Essa perspectiva evidencia os limites da atuação isolada do setor saúde, em especial da saúde bucal, e ressalta a necessidade da formação de parcerias institucionais para garantir ações integradas e sustentáveis.

A incorporação da intersetorialidade no desenvolvimento e execução das ações voltadas à saúde bucal ainda enfrenta desafios persistentes, como: barreiras políticas e interesses pessoais (Carneiro *et al.*, 2012); a falta de comprometimento e engajamento das diferentes áreas e setores envolvidos, a ausência de protocolos operacionais claros (Moretti *et al.*, 2010) e o despreparo de muitos gestores para atuar estrategicamente (Silva *et al.*, 2010; Silva-Sobrinho *et al.*, 2020; Pinafo *et al.*, 2016). Muitos profissionais assumem cargos de gestão sem formação adequada, o que compromete tanto a condução técnica e política das ações quanto sua inclusão em agendas intersetoriais. O exercício da gestão exige mais do que a ocupação formal de um cargo, requer habilidades estratégicas, preparo técnico e dedicação à formulação e articulação de políticas públicas que estejam alinhadas aos princípios do SUS (Scherer e Scherer, 2015).

Dimensão Ações para Promoção da Saúde

Nenhuma das equipes avaliadas nos três municípios alcançou classificação elevada na dimensão Ações para Promoção da Saúde, permanecendo dentro da faixa intermediária. Além disso, uma equipe do município localizado no Paraná obteve grau de implementação inferior, sendo classificada como "incipiente" (Quadro 3).

Apesar disso, dentro dessa dimensão, a subdimensão Recursos Físicos e Humanos destacou-se positivamente no estado do Maranhão, apresentando os melhores resultados, com 62,50% do percentual atingido em ambas as equipes. Esse resultado foi especialmente influenciado pelos indicadores “Suficiência da carga horária dos profissionais de saúde destinada ao desenvolvimento das ações de promoção da saúde” e “Existência de espaços coletivos” (Quadro 3).

A análise qualitativa sugeriu que a boa implementação observada pode estar relacionada à proatividade, disposição e iniciativa individual dos profissionais de saúde desse local. A fala abaixo, embora marcada por um tom impositivo, revela tal suposição:

“A gente tem incentivo para fazer promoção da saúde sim [...] Onde a gente costuma

ir? Fora da UBS, a gente faz promoção da saúde na igreja, na maçonaria, na casa de pacientes que tem uma área maior. E a gente faz em bares também. Quando a gente quer pegar mais o público masculino, a gente acaba indo para os bares e lá o dono do bar dá o acesso e a gente coloca a mesa. Eles são obrigados a ouvir. Estão lá. Aí a gente fala sobre o tabagismo e o uso nocivo do álcool, por exemplo. Tem que usar as armas, né? Tem que ir no espaço deles, né? Tem que ir na rua. Porque se chamar para vir para cá (UBS), não vem não” (Enfermeira, município do Maranhão).

Essa suposição decorre do fato de que, em todas as equipes investigadas em todas as localidades, os relatos dos entrevistados indicaram a ausência de barreiras por parte da gestão para a realização das ações. Ao contrário, foi mencionada a existência de incentivo e até cobrança, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE):

“A gente tem liberação sim [...] Mas eu acho que vivemos numa acomodação mesmo, porque é mais fácil fazer a parte curativa do que trabalhar com essas outras atividades que vão além, né? Existe parece uma cultura estabelecida já de fazer só o que precisa ser feito. Por exemplo, podíamos fazer coisas na sala de espera, é uma coisa simples, mas que em algumas situações tem gente (profissionais da equipe de saúde) que tem muita resistência. Não quer fazer. Aí inventa várias desculpas” (Cirurgiã-dentista, município do Paraná)

“Olha, sinceramente não é nem questão de liberação por parte da gestão [...] Nós somos cobrados para fazer PSE, inclusive [...] Eu percebo que muitas vezes o profissional se forma com a visão da promoção de saúde e quando chega na atenção primária, ele acaba se frustrando, porque ele não, muitas vezes, não consegue fazer isso. Então, ele acaba tendo que fazer isso que você falou, atividade curativa, mutiladora, porque às vezes é a demanda da população. Então, você chega, por exemplo, em uma unidade que tem uma população que tem uma demanda reprimida muito grande, de condição epidemiológica, e o profissional, a última coisa que ele consegue é fazer a promoção de saúde” (Cirurgião-dentista, município do Paraná).

Chama a atenção, ainda, que os resultados observados não guardam relação direta com a formação acadêmica dos profissionais. Nos municípios do Mato Grosso do Sul e Paraná, todos os profissionais de nível superior possuíam formação em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, enquanto no Maranhão, essa formação não era homogênea. Paradoxalmente, foi neste último que se observou melhor grau de implementação nos indicadores que estavam mais relacionados aos aspectos de iniciativa e engajamento por parte dos profissionais de saúde com as ações de promoção.

Esse achado instiga a reflexão sobre as razões dos profissionais com sólida formação

acadêmica não protagonizam ações em promoção da saúde. Uma possível explicação poderia estar menos associada à formação formal e mais vinculada à cultura local e ao ambiente de trabalho. Partindo desse pressuposto, a formação técnica, embora necessária, não seria determinante para garantir aspectos relacionados à implementação práticas em promoção da saúde.

Ainda na dimensão Ações para Promoção da Saúde, notou-se que as subdimensões Gestão Participativa e Envolvimento dos Usuários apresentaram baixa implementação em todas as equipes analisadas nas três localidades. No caso da Gestão Participativa, os relatos evidenciaram que os processos de planejamento das ações de promoção da saúde não estão inseridos na rotina das equipes e os processos de monitoramento e avaliação são praticamente inexistentes. Nenhum dos profissionais entrevistados mencionou o envolvimento dos usuários nesses processos.

Esses achados evidenciam uma fragilidade relevante na organização dos serviços, uma vez que, no cotidiano do serviço de saúde, as reuniões de planejamento, avaliação e monitoramento ainda ocorrem de forma inconstante, fragmentada e frequentemente individualizada (Scherer *et al.*, 2018). A gestão participativa, por sua vez, pressupõe não apenas o diálogo entre os diferentes níveis de gestão das instituições, mas também a criação de espaços para a participação social e comunitária nas atividades propostas (Barreto *et al.*, 2012). Contudo, os profissionais tendem a atuar de maneira isolada, orientando suas práticas conforme convicções pessoais e concepções individuais de abordagem, sem alinhamento coletivo ou articulação sistemática (Oliveira *et al.*, 2022).

Quanto à subdimensão Envolvimento dos Usuários, os entrevistados relataram grande dificuldade em mobilizar e engajar os usuários nas ações de promoção da saúde, observando-se uma tendência de maior interesse da população por atividades curativas e atendimentos ambulatoriais. Além disso, todos os profissionais destacaram a necessidade de estratégias mais atrativas - como a oferta de lanches, brindes ou consultas - para estimular a participação da comunidade nas ações de promoção da saúde desenvolvidas:

“A minha vontade seria fazer muita promoção e prevenção. Mas a população quer me ver sentado aqui, no mocho, na cadeira odontológica. (Cirurgião-dentista, município do, Maranhão).

“A nossa dificuldade maior é a população. É o engajamento. É a população vir. A gente sempre precisa oferecer algum outro serviço. Tipo algum atendimento, testes, presente, um café da manhã” (Enfermeiro, município do Maranhão).

“O grande desafio é a adesão dos usuários nas outras ações. Eles não vêm. Agora, se

oferecer a consulta médica, eles vêm. [...] Se falar que é só para vir para ação de educação, promoção, esquece. [...] Adesão é um desafio” (Cirurgião-dentista, município do Mato Grosso do Sul)

Os resultados indicam um expressivo desinteresse dos usuários pelas ações de promoção da saúde desenvolvidas. No entanto, este comportamento pode estar relacionado ao tipo de estratégia adotada. A análise realizada evidenciou que, de modo geral, os profissionais restringem as ações de promoção da saúde a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas, centradas principalmente em palestras e ações realizadas em ambientes escolares, como escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, e conduzidas de forma esporádica e com foco na mudança de comportamento individual e aquisição de hábitos saudáveis. Além disso, observou-se que as ações de promoção voltadas para a saúde bucal nem sempre envolvem a participação dos demais profissionais da equipe de saúde, sendo frequentemente desenvolvidas de forma centrada nos profissionais da odontologia.

Intervenções nos moldes tradicionais, apresentam limitações relevantes, como a incapacidade de promover melhorias sustentáveis em médio e longo prazo, uma vez que tendem a ignorar os fatores estruturais que condicionam o processo saúde-doença (Kusma *et al.*, 2012; Silveira-Filho *et al.*, 2016). Tais ações devem transcender o ensino de hábitos saudáveis e a responsabilização individual, reconhecendo que fatores econômicos, sociais e culturais influenciam os comportamentos relacionados à saúde (Berkman *et al.*, 2014). É necessário que as práticas de promoção da saúde fomentem a reflexão crítica sobre cidadania e participação social, estimulando o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos desejos e hábitos de vida (Carnaúba *et al.*, 2023). Conforme Silveira-Filho *et al.* (2016), as estratégias promotoras da saúde nestes moldes pouco ou nada se alinham aos pilares e valores da promoção da saúde e apresentam pouco potencial para serem efetivas.

Nesse contexto, torna-se imperativo que os serviços ampliem sua compreensão sobre a promoção da saúde no âmbito da APS, superando a concepção restrita e assistencialista centrada apenas no cuidado ao indivíduo doente - embora essencial, insuficiente para promover saúde (Silveira-Filho *et al.*, 2016). É necessário adotar uma abordagem ampliada, que promova qualidade de vida por meio de intervenções sobre os danos evitáveis e os fatores de risco, superando o foco individualizado e as estratégias estritamente educativas e prescritivas (Silveira-Filho *et al.*, 2016).

Ademais, é imprescindível a implementação de ações integradas que contem com o protagonismo dos usuários nas etapas de planejamento, desenvolvimento e execução das

atividades (Augusto *et al.*, 2011), visando ao delineamento de medidas condizentes com a realidade da população atendida (Abreu *et al.*, 2005). Para que isso ocorra, é necessário envolver os ACS nas ações de promoção da saúde voltadas à saúde bucal. Esses profissionais são considerados “elos” entre os usuários e as equipes de saúde. Realizam uma escuta qualificada, mediando a relação entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, potencializando a adesão aos serviços e imbuindo as equipes de saúde de informações sobre a comunidade (Oliveira *et al.*, 2022). O péssimo grau de implementação das equipes no indicador “Ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por ACS” evidencia que essa participação dos ACS não tem acontecido, fragilizando esses aspectos mencionados.

Dimensão Melhoria dos Serviços de Saúde

A dimensão Melhoria dos Serviços de Saúde obteve nível intermediário de implementação em uma equipe do Mato Grosso do Sul e nas duas equipes do Paraná. No entanto, uma das equipes sul-mato-grossenses atingiu nível de implementação classificado como "avançado". A classificação final dessa dimensão foi influenciada principalmente pelo baixo grau de implementação na subdimensão Gestão Participativa e pelos resultados insatisfatórios de algumas subdimensões vinculadas à dimensão Ações para Promoção da Saúde, que foram avaliadas de forma conjunta. Apesar dessas limitações, não foram identificados entraves relacionados à estrutura ou à oferta de serviços de saúde bucal nas localidades mencionadas, achado que foi corroborado pelos relatos dos profissionais entrevistados.

Em contrapartida, no município do Maranhão, ambas as equipes avaliadas apresentaram implementação incipiente nesta dimensão. Os relatos dos profissionais apontaram deficiências estruturais como principal desafio enfrentado, destacando-se a carência de insumos e materiais como um obstáculo recorrente.

Os elementos qualitativos sugerem que a causa da baixa frequência dos atendimentos odontológicos foi atribuída principalmente ao não funcionamento dos equipamentos e periféricos, o que compromete a oferta regular da assistência odontológica:

“Falta tudo, insumos e materiais. Assim, quando chegou o anestésico, aí acabou a luva [...]” (Cirurgião-dentista, município do, Maranhão).

“A odontologia foi abandonada por aqui. [...] Tem dia que nós não temos um par de luva aqui, entendeu? [...] Hoje nós não temos uma empresa de manutenção de consultório odontológico [...].O foco do refletor, por exemplo, acende quando ele bem entende” (Cirurgião-dentista, município do, Maranhão).

A falta de estrutura dos serviços de saúde pode influenciar negativamente a motivação dos usuários para participarem das ações de promoção da saúde, dificultando ainda mais a operacionalização dessas iniciativas:

A gente já tá há mais de quatro meses com o consultório parado. Entendeu? Ai, os pacientes, eles desaparecem, eles sabem que tá parado, eles perguntam para o ACS: “já voltou?”, “não, não voltou”.[...] Dai eles também não querem participar de educação, dos grupos. (Cirurgião-dentista, município do, Maranhão).

A estrutura dos serviços de saúde não é apenas um componente de suporte, mas um aspecto importante, uma vez que as estratégias de promoção da saúde exigem uma base mínima de estabilidade institucional e organizacional, incluindo serviços efetivos, acessíveis e aceitáveis para a comunidade (Hubley *et al.*, 2021). Isso inclui infraestrutura mínima, equipe capacitada e recursos materiais regulares, para que possam gerar impacto sustentável. Sem condições mínimas de funcionamento e continuidade da atenção, os esforços para implementar estratégias de promoção da saúde tornam-se desarticulados e desmotivadores.

As subdimensões Gestão Participativa, Recursos Físicos e Humanos e Abordagem Territorial são transversais às dimensões Ações para Promoção da Saúde e Melhoria dos serviços de saúde. Destaca-se a baixa implementação das equipes na Gestão Participativa, considerando as duas dimensões avaliadas. Ecoando com Engstrom e Silva (2022), a gestão participativa deve ser um trabalho de conexão das forças do coletivo com as práticas concretas do cotidiano dos serviços de saúde, necessitando de “criatividade, disposição e posicionamento ético-político-institucional-social de quem a utiliza” (Engstrom e Silva, 2022, p.123). O planejamento, o monitoramento e a avaliação, componentes da gestão, são considerados eixos operacionais da PNPS (BRASIL, 2018). A gestão participativa, que envolve esses três componentes, baseia-se na construção coletiva em espaços participativos que garantam que o poder seja de fato compartilhado (Pinto Filho, 2019). Considerando que as ações para promoção da saúde visam o empoderamento comunitário (Heidmann, Almeida, Boehs *et al.*, 2006), a participação direta dos indivíduos da comunidade nas decisões precisa ser garantida. Entretanto, foi destacado também o baixo envolvimento dos usuários, corroborando com a incipiência da gestão participativa encontrada nesta avaliação, o que impacta diretamente na implementação de estratégias de promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam uma distância entre o arcabouço teórico da promoção da saúde, alicerçado em princípios como equidade, participação social,

intersetorialidade e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; e as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços da APS.

Apesar de a promoção da saúde ser amplamente debatida e consolidada no campo da saúde coletiva como uma abordagem crítica e transformadora, sua implementação ainda ocorre de forma fragmentada, muitas vezes limitada a ações educativas pontuais, desarticuladas do planejamento territorial e desprovidas de participação efetiva da comunidade. Tal descompasso indica que os fundamentos teóricos, embora incorporados no discurso institucional, não têm sido suficientes para promover mudanças estruturais nas práticas, que continuam centradas em modelos biomédicos e curativistas.

Nesse cenário, a promoção da saúde muitas vezes é reduzida a estratégias educativas descoladas da realidade concreta e dos condicionantes sociais, perdendo sua potência transformadora.

A baixa institucionalização da gestão participativa e o frágil envolvimento dos usuários revelam um modelo de cuidado verticalizado e pouco democrático. Ainda que muitos profissionais possuam formação em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, isso não tem se traduzido em práticas efetivamente críticas, o que evidencia que a formação técnico-científica, por si só, não é suficiente para alterar o modo de fazer saúde.

Além disso, a precariedade estrutural dos serviços, especialmente em localidades mais vulnerabilizadas, compromete não apenas a assistência, mas a própria legitimidade da APS como espaço de cuidado. Faltam insumos, espaços adequados e estabilidade organizacional, o que fragiliza a continuidade das ações e desestimula tanto profissionais quanto usuários. Sem condições mínimas de funcionamento, as práticas de promoção da saúde tornam-se episódicas e desarticuladas, muitas vezes centradas na prescrição de hábitos saudáveis e responsabilização individual.

Portanto, a efetivação da promoção da saúde depende de uma inflexão profunda na lógica de organização do trabalho em saúde. Isso exige uma ampla articulação com outras políticas públicas, compromisso político, fortalecimento institucional, valorização do trabalho em equipe e participação ativa das comunidades. Sem esse reposicionamento ético-político, a promoção da saúde corre o risco de permanecer como um ideal retórico, distante das realidades que pretende transformar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- AUGUSTO, V. G.; AQUINO, C. F. A.; MACHADO, N. C.; et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 957-963, 2011.
- BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA, A. E. M. M.; et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da liga de saúde da família, Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 80-93, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000500007>. Acesso em: 7 maio 2025.
- BERKMAN, L.; KAWACHI, I.; GLYMOUR, M. M. (Orgs.). *Social epidemiology*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2014. Disponível em: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/31016/1/Lisa%20F.%20Berkman.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARNAÚBA, J. P.; FERREIRA, M. J. M. Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: capacidade de mudanças e advocacia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 8, p. 2227-2236, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023288.05802023>. Acesso em: 7 maio 2025.
- CARNEIRO, A. C. L. L.; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.
- CARVALHO, A. I.; AKERMAN, M. Oficina de trabalho — Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. *Relatório Final do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Recife, 19-23 jun. 2004. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; et al. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ENGSTROM, E. M.; SILVA, V. C. E. . Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe4, p. 120-130, nov. 2022.
- HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 4, p. 524-529, ago. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672009000400005>. Acesso em: 7 maio 2025.
- HUBLEY, J.; CODEMAN, J.; WOODALL, J. (Orgs.). *Practical health promotion*. 3. ed. Cambridge: Polity, 2021.
- JIN, L. J.; LAMSTER, I. B.; GREENSPAN, J. S.; et al. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*, v. 22, n. 7, p. 609-619, 2016.
- KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, supl., p. S9-S19, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dRZhMgLvLxqsRqpGgzJPRss/>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência &*

- Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1827-1834, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgiZypv9L8dZrPFWzvbm/>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- NIRANJAN, V. R.; KATHURIA, V.; VENKATRAMAN, J.; SALVE, A. Oral health promotion: evidences and strategies. In: MANAKIL, J. F. (Org.). *Insights into various aspects of oral health*. 1. ed. London: InTech, 2017. p. 194-217.
- DE OLIVEIRA, Flávia Ferreira et al. Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 291-313, 2022.
- OLIVEIRA, M. T. P.; FARIAS, M. R.; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 1, p. 1-18, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312022320106>. Acesso em: 7 maio 2025.
- PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 3, p. 1-21, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312022320316>. Acesso em: 7 maio 2025.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; DOMINGOS, C. M.; BONFIM, M. C. B. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 17, n. 1, p. 130-137, 2016.
- PINHEIRO, D. G. M.; SCABAR, T. G.; MAEDA, S. T.; et al. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 180-188, 2015.
- RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C.F.; FIDALSKI, S. Z. K. Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com ênfase na Saúde Bucal. *Revista Caderno Pedagógico*, v. 22, n. 6, p. 1-20, 2025.
- SCHERER, C. I.; et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 2, p. 233-246, out. 2018.
- SHARMA, M.; PEETOSA, R. L. Process Evaluation. In: SHARMA, M.; PEETOSA, R. L. (Orgs.). *Evaluation and measurement in health promotion*. 1. ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2023. p. 336.
- SILVA SOBRINHO, A. R.; CARVALHO, I. L. D.; COELHO JÚNIOR, L. G. M. T.; SETTE-DE-SOUZA, P. H.; MAURÍCIO, H. A. Perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal no Brasil: revisão de literatura. *Archives Of Health Investigation*, v. 9, n. 5, p. 479-484, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i5.4727>. Acesso em: 7 maio 2025.
- SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 762-769, out. 2010.
- SILVA, T. C.; CARVALHO, A. G.; THOLL, A. D.; et al. Technosociality in the daily lives of primary care professionals and health promotion: scoping review. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1183-1198, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113117i>. Acesso em: 7 maio 2025.
- SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J.; KUSMA, S. Z.; et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 4, p. 851-865, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9BpqsS58LZ6gdSWsMQsbwmx>. Acesso em: 2 jan. 2025.
- TEIXEIRA, C. F.. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan. 2004.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M.; LACERDA, J. T.; et al. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/3PcxCtmVD9QzmRYbBmNRLgH/>. Acesso em: 2 jan. 2025.

XAVIER, S. P. L.; PEREIRA, A. P.; MOREIRA, M. R. C.; et al. Competências em promoção à saúde à luz do projeto Competencies Health Promotion (CompHP): uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2019.

5.2 ARTIGO 3 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: A PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: A PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE

Resumo:

Este estudo analisou as barreiras à implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na atenção primária à saúde em três contextos brasileiros. Trata-se de um estudo comparativo exploratório e qualitativo, realizado em três municípios de três estados do Brasil. A pesquisa contou com a participação de 21 profissionais de saúde, sendo 7 de cada município. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas individuais e submetidos à análise temática. O estudo identificou desafios comuns à implementação de estratégias de promoção da saúde bucal nos diferentes contextos analisados. Entre as barreiras destacaram-se: dificuldades relacionadas à implementação de políticas públicas, como a ausência de parcerias intersetoriais; desafios no desenvolvimento das ações de promoção da saúde, como a dificuldade de articulação com profissionais da educação, carência de materiais, baixa adesão dos usuários e limitações na atuação dos ACS como educadores em saúde bucal. Além disso, foi identificada uma barreira específica ao município do Maranhão, relacionada à infraestrutura inadequada dos serviços de saúde bucal. O estudo reforça a necessidade de avaliações contínuas e abrangentes para superar barreiras e implementar estratégias mais efetivas, contribuindo para a promoção e avanço da saúde bucal da população.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Bucal. Saúde Pública. Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define a promoção da saúde como um conjunto de estratégias direcionadas à melhoria das condições de saúde individual e coletiva, enfatizando a articulação intrasetorial e intersetorial, bem como a consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca-se a importância da participação e do controle social como pilares fundamentais para sua implementação (BRASIL, 2018a). O seu principal objetivo é promover a equidade e melhorar as condições de vida das pessoas, reduzindo vulnerabilidades, iniquidades e riscos à saúde associados aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL 2018a; NIRANJAN *et al.*, 2017; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

As estratégias de promoção da saúde abrangem a implementação de políticas públicas saudáveis, ações para a promoção da saúde e o aprimoramento dos serviços de saúde

(HUBLEY *et al.*, 2021). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um espaço privilegiado para a implementação dessas estratégias. Destaca-se ainda a necessidade de incorporar ações específicas que impactem diretamente a saúde bucal da população (KUSMA *et al.*, 2012).

As políticas públicas saudáveis referem-se à adoção de intervenções intersetoriais que impactem a saúde dos indivíduos. Elas se materializam em legislações, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais (BUSS *et al.*, 2020). Já as ações para promoção da saúde buscam fomentar a autonomia dos indivíduos e fortalecer a participação dos usuários, abordando questões específicas de cada território (MORETTI *et al.*, 2010). Os serviços de saúde, por sua vez, devem ser eficazes, acessíveis e alinhados às necessidades da comunidade, com infraestrutura adequada e profissionais capacitados (WHO, 2019; HUBLEY *et al.*, 2021). Os serviços de saúde devem transcender o enfoque limitado à assistência curativa, integrando ações que promovam a qualidade de vida e abordem os fatores de risco que afetam a população (KUSMA *et al.*, 2012).

Em diferentes localidades do Brasil têm sido implementadas diversas estratégias de promoção com ênfase na saúde bucal. Embora a literatura científica contemple estudos que avaliem a efetividade (KUSMA *et al.*, 2012; KUSMA, 2011) e a articulação intersetorial dessas estratégias (MORETTI *et al.*, 2010) e os diferentes aspectos de iniciativas preventivas e educativas em saúde bucal (REIS *et al.*, 2010; COTA e COSTA, 2017; OLIVEIRA, *et al.*, 2010), ainda são necessários esforços para compreender as barreiras enfrentadas pelos profissionais na implementação dessas ações, para que seja possível avançar de maneira adequada. Ademais, considerando a diversidade cultural e socioeconômica do Brasil, o contexto local pode influenciar os desafios relacionados à implementação de estratégias de promoção com ênfase em saúde bucal.

Assim, este estudo objetivou analisar as barreiras à implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na atenção primária à saúde em três contextos brasileiros, na perspectiva de trabalhadores da saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, de caráter exploratório, que buscou investigar a percepção de trabalhadores da saúde sobre as barreiras à implementação de estratégias de promoção da saúde bucal na Atenção Primária. A pesquisa foi conduzida em três municípios de grande porte populacional (acima de 100 mil habitantes), conforme a classificação de Willemann et

al. (2019), localizados nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul do Brasil, nos estados do Maranhão, Mato Grosso do Sul e Paraná, respectivamente.

Caracterização dos Municípios

Para contextualizar o estudo, os municípios selecionados foram previamente caracterizados. A caracterização incluiu a análise de dados como densidade demográfica, grau de urbanização, Produto Interno Bruto (PIB) per capita, taxa de escolarização, mortalidade infantil, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB). As informações para essa caracterização foram coletadas de fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>) e o e-Gestor Atenção Primária à Saúde (<https://egestoraps.saude.gov.br/>).

Cenário e Participantes da Pesquisa

Em cada um dos três municípios, a coleta de dados ocorreu em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, e na Secretaria Municipal de Saúde. Foram entrevistados sete profissionais por município, totalizando 21 participantes, abrangendo diversas categorias profissionais para permitir o cruzamento de opiniões e perspectivas. A composição da amostra por município incluiu: dois (02) Cirurgiões-dentistas; dois (02) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); dois (02) Enfermeiros; e o gestor municipal do serviço de saúde bucal. É importante ressaltar que as informações específicas relacionadas ao serviço de saúde bucal foram obtidas exclusivamente a partir das percepções dos cirurgiões-dentistas.

Para a seleção das equipes de saúde nas UBS, foram incluídas aquelas que possuíam Equipe de Saúde Bucal (ESB) com profissionais em atuação ininterrupta no local por, no mínimo, um ano. Preferencialmente, foram selecionados profissionais com formação continuada em saúde coletiva ou saúde da família. Os profissionais que atendiam a esses critérios de inclusão foram identificados pelo serviço municipal de saúde com base no julgamento daqueles considerados mais aptos a fornecer informações relevantes, levando em conta sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de convite. Nem todos os profissionais inicialmente contatados aceitaram participar, o que demandou a busca ativa por outros que atendessem aos critérios estabelecidos. Após o aceite, as entrevistas foram

agendadas e conduzidas presencialmente no local de trabalho de cada participante. Somente os profissionais que consentiram em participar formalmente, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entrevistados.

Coleta e Análise dos Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2024 e janeiro de 2025, por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas. O roteiro utilizado foi elaborado pelas autoras e previamente testado com uma amostra reduzida de profissionais da APS de municípios que não faziam parte do universo de análise da pesquisa, garantindo sua validação interna. A coleta foi conduzida pela primeira autora do estudo.

O roteiro de entrevista foi estruturado para explorar a operacionalização das estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS, à luz do modelo avaliativo de Rios et al. (2025). Os temas abordados nas entrevistas compreenderam: políticas públicas saudáveis, ações para promoção da saúde, intrasetorialidade, intersetorialidade, gestão participativa, recursos físicos e humanos, abordagem territorial e serviços de saúde bucal.

As entrevistas tiveram, em média, 30 minutos de duração e foram integralmente gravadas com o consentimento dos participantes. Após a gravação, foram transcritas na íntegra e submetidas à análise temática, conforme a abordagem proposta por Minayo (2013). Essa metodologia envolve três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, seguidos de sua interpretação. As categorias de análise foram definidas previamente, com base no referencial teórico utilizado na pesquisa.

Recorte do Estudo e Aspectos Éticos

Este artigo apresenta um recorte de um estudo amplo que compõe uma tese de doutorado, que avaliou o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. O foco é nos resultados relacionados às barreiras para a implementação.

Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente seguidos. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Parecer nº 6.538.626 e CAAE 75158523.6.0000.0121. Para assegurar a preservação da identidade dos participantes, os nomes dos entrevistados foram substituídos por um código, conforme a categoria profissional (G: Gestor; CD: Cirurgião-

dentista; ENF: Enfermeiro; ACS: Agente Comunitário da Saúde), acompanhada de um número e da identificação do estado de atuação (por exemplo: G1, Maranhão; CD10, Mato Grosso do Sul; ENF21, Paraná). Os nomes dos municípios e a categoria específica do profissional não foram divulgados, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

O presente estudo foi conduzido em três municípios de grande porte populacional, com população média de 288.176 habitantes (IBGE, 2022). Os municípios estão localizados em diferentes unidades federativas do Brasil - Maranhão, Mato Grosso do Sul e Paraná - e apresentam características distintas em termos demográficos, culturais, sociais e de saúde. A Tabela 1 ilustra o cenário do estudo, detalhando as características contextuais analisadas em cada município, conforme o ano de referência de cada variável.

Tabela 1 - Cenário do estudo, conforme as características contextuais dos municípios do Maranhão (MA), Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR).

Característica contextual (ano)	Município MA	Município MS	Município PR
Densidade demográfica (2022)	199,49 hab/km ²	59,91 hab/km ²	166,44 hab/km ²
Grau urbanização (2022)	alto	alto	alto
PIB per capita (2021)	R\$29.592,70	R\$55.246,68	R\$46.976,49
Cobertura Populacional de ESF (nov. 2024)	84,02%	75,82%	50,42%
Cobertura Populacional de ESB (abr. 2024)	31,45%	71,08%	55,96%
Taxa de escolarização (2010) *	98,4%	97,1%	98,1%
Mortalidade Infantil (2022) **	14,36 óbitos	12,71 óbitos	7,39 óbitos
IDH (2022)	0,731	0,747	0,782

Legenda: ESF=Equipe de Saúde da Família; ESB=Equipe de Saúde Bucal

Taxa de escolarização - pessoas entre 6 e 14 anos*

Mortalidade Infantil - por mil nascidos vivos**

Fonte: IBGE; e-gestor APS

Em relação aos participantes do estudo, a Tabela 2 apresenta o perfil dos entrevistados, considerando as características de gênero, escolaridade, tempo de atuação e ano de formação na área em questão.

Tabela 2 - Perfil dos entrevistados nos municípios do Maranhão (MA), Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR).

Entrevistado	UF	Gênero	Ano da formação na área de atuação	Tempo atuação APS/gestão	Escolaridade	Formação SC/SP/SF*	Formação GP**
Cirurgião-dentista 1	MA	Feminino	2006	17 anos	Especialização	Sim	-
Cirurgião-dentista 2	MA	Masculino	1996	14 anos	Especialização	Sim	-
Cirurgião-dentista 1	MS	Feminino	1990	16 anos	Especialização	Sim	-

Cirurgião-dentista 2	MS	Feminino	1998	20 anos	Especialização	Sim	-
Cirurgião-dentista 1	PR	Masculino	2011	9 anos	Mestrado	Sim	-
Cirurgião-dentista 2	PR	Feminino	2017	5 anos	Mestrado	Sim	-
Enfermeiro 1	MA	Feminino	2021	1 anos	Especialização	Não	-
Enfermeiro 2	MA	Feminino	2006	18 anos	Especialização	Sim	-
Enfermeiro 1	MS	Feminino	2003	22 anos	Especialização	Sim	-
Enfermeiro 2	MS	Feminino	2004	18 anos	Especialização	Sim	-
Enfermeiro 1	PR	Feminino	2016	6 anos	Especialização	Sim	-
Enfermeiro 2	PR	Feminino	2011	2 anos	Especialização	Sim	-
ACS 1	MA	Feminino	-	25 anos	Ensino médio	-	-
ACS 2	MA	Feminino	-	21anos	Ensino médio	-	-
ACS 1	MS	Feminino	-	23 anos	Ensino superior	-	-
ACS 2	MS	Masculino	-	7 anos	Ensino médio	-	-
ACS 1	PR	Feminino	-	6 anos	Ensino superior	-	-
ACS 2	PR	Feminino	-	7 anos	Ensino Superior	-	-
Gestor SB***	MA	Masculino	2021	3 anos	Ensino Superior	Não	Não
Gestor SB***	MS	Masculino	1999	7 anos	Especialização	Sim	Não
Gestor SB***	PR	Masculino	2010	13 anos	Especialização	Sim	Sim

Legenda: G: ACS: Agente Comunitário da Saúde;

* SC/SP/SF: Formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família.

** Formação GP: Formação na área Gestão Pública ou áreas afins.

***Gestor SB: Gestor municipal de Saúde Bucal.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados relacionados às estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, foram organizados em três categorias previamente definidas: a) Defesa de Causa; b) Ações para Promoção da Saúde; c) Melhoria dos Serviços de Saúde. As informações foram sistematizadas com base nas ideias centrais identificadas nos relatos dos profissionais dentro dessas categorias. Os achados destacaram um conjunto de elementos reconhecidos como barreiras, e verificou-se que a saturação teórica foi atingida, evidenciada pela ausência de novos elementos em cada agrupamento de códigos.

A categoria Defesa de Causa analisou os aspectos associados à operacionalização de políticas públicas saudáveis voltadas para a saúde bucal na APS. Foram abordados aspectos relacionados à implementação do controle do teor de flúor na água de abastecimento público, ao acesso a itens de higiene bucal e alimentos saudáveis, ao incentivo à redução do consumo de alimentos ricos em açúcar, bem como a políticas direcionadas à eliminação do tabagismo e à redução do consumo nocivo de álcool.

Existem barreiras associadas à implementação de estratégias de promoção da saúde bucal na APS. Nos municípios do Maranhão e Mato Grosso do Sul, os entrevistados destacaram como principal barreira a dificuldade em estabelecer parcerias intersetoriais, consideradas essenciais para a implementação de políticas públicas saudáveis. Observou-se, entretanto, que essa dificuldade esteve mais relacionada ao frágil envolvimento, ou mesmo à ausência de participação ativa, do setor de odontologia junto a outras frentes da gestão

municipal e/ou políticas públicas já existentes, que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde bucal.

Em contraste, no município do Paraná, essa dificuldade não foi mencionada. Pelo contrário, foi relatado que a comunicação e a articulação intersetorial ocorrem de maneira satisfatória, facilitando a execução das políticas e contribuindo para o desenvolvimento das estratégias propostas.

A categoria Ações para Promoção da Saúde explorou os aspectos relacionados ao desenvolvimento de ações educativas em diferentes espaços e para diversos públicos, bem como atividades comunitárias e o trabalho com grupos. Nesse contexto, os entrevistados apontaram diversas barreiras, incluindo: a indisponibilidade de materiais necessários para a realização das ações de promoção da saúde, o que compromete o desenvolvimento das atividades; a dificuldade em estabelecer articulação com profissionais da área da educação, em especial nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE); a falta de capacitação dos profissionais da equipe de saúde; a desmotivação e baixa adesão dos usuários às atividades, com a necessidade de oferecer outros serviços ou atrativos para estimular a participação dos usuários, muitas vezes custeados pelos próprios profissionais; a limitação do conhecimento em saúde bucal dos ACS para realizarem ações de educação em saúde bucal; a falta de tempo disponível dos profissionais de saúde para planejar e executar ações de promoção da saúde; e o descomprometimento de alguns profissionais, demonstrando falta de interesse e de percepção sobre a relevância da promoção da saúde.

Observou-se que algumas dessas barreiras variaram conforme a localização geográfica dos municípios estudados. Os extratos de depoimentos dos participantes, que ilustram essas dificuldades, estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Extratos de depoimentos representativos das barreiras na categoria Ações para Promoção da Saúde relacionais à implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraná, 2024.

BARREIRAS	Extratos de depoimento
Categoria: Defesa de Causa	
Dificuldade em estabelecer parcerias intersetoriais	“A participação do setor de odontologia nas políticas públicas? Se participamos? Não vou não vou dizer que temos ‘um’ espaço [...] A vigilância que cuida da fluoretação da água, então eu não sei responder sobre essa política, se faz heterocontrole [...] Tem a coordenação do programa (nome do programa excluído para não identificação) que tem nutricionistas, eles que eles vão lá para fazer capacitação com alunos e os outros” (G1, Maranhão) “Políticas que asseguram o acesso ao alimento saudável aqui no município? Nossa, deve ter alguma política nas escolas, alguma coisa assim que assegure isso? Não conheço. Eu teria que perguntar para o núcleo de nutrição e saúde, mas eu não conheço” (G2, Mato Grosso do Sul)
Categoria: Ações para Promoção da Saúde	
Indisponibilidade de	“A nossa maior dificuldade no momento é a questão de material para fazer

materiais necessários para a realização das ações de promoção da saúde	promoção” (G1, Maranhão) “Eles não têm um modelo grandão, um escovão para a gente mostrar. Para ser mais útil, entendeu? Eles não têm. Essa é a grande dificuldade. Se solicitar, não vem não.” (CD2, Maranhão) “[...] o que eu percebi é a falta de materiais a nossa grande dificuldade. Dependendo do público, principalmente o público mais infantil, menor, ele precisa de um material mais útil e diferenciado [...]. É uma coisa que a gente tentou comprar e não conseguiu, materiais como teatrinho, boneco, fantoche” (G2, Mato Grosso do Sul) “Normalmente para fazer as ações, a gente que faz o levantamento e faz um racha dos materiais com todo mundo da equipe. É uma dificuldade conseguir material para isso” (ACS3, Mato Grosso do Sul) “A dificuldade é os materiais. Por exemplo, hoje a gente tem caixa de som, porque eu comprei. Se não, a gente teria que ficar esgoelando” (CD3, Mato Grosso do Sul) “Normalmente, a gente compra, porque é muito burocrático de conseguir materiais para as ações de promoção. Tem que pedir, sei lá, três meses antes. Fazer todo um projeto para que eles aprove o uso de uma cartolina. Então, é mais fácil a gente comprar. Isso acontece sempre, e é um pouco cansativo. Daí, acaba desgastando a gente e a gente acaba desistindo também” (ENF5, Paraná) “Se a gente for realizar uma ação, a gente comprar os materiais [...] não tem recurso para compra de materiais. Não tem cartolina, canetão, por exemplo. Eu tenho que comprar no meu bolso” (ENF6, Paraná)
Dificuldade em estabelecer articulação com profissionais da área da educação nas ações do PSE	“Nós temos articulação com o setor da educação, por causa do PSE, mas é um relacionamento muito frágil. Mas isso é uma construção, trabalhar em equipe é isso, é trabalhoso” (CD3, Mato Grosso do Sul) “Tem escolas que não são tão receptivas, outras não. Por exemplo, a gente precisa do cartão SUS. Nossa, demoraram para passar pra gente. Tem local que não te apoiam. Mas claro, depende da escola” (CD4, Mato Grosso do Sul) “[...] Na escola que eu fui, eu já senti mais barreira para entrar. Dá a impressão que você tá meio que atrapalhando, entendeu? Mas isso eu acho que não é uma coisa da Secretaria de Educação, depende da escola” (CD5, Paraná) “O PSE é difícil porque depende de a escola disponibilizar o tempo também. Eles ficam muito estressados do fato de o posto estar dentro da escola. O ambiente escolar já é estressante, os professores estão ocupados e as crianças saem da rotina. Então, gera aquele tumulto. Daí fica difícil para a gente conseguir fazer o nosso trabalho. Penso que os professores têm que colaborar mais com o diretor, as escolas não colaboram tanto. Tanto que, na última, eles não deixaram a gente terminar. Nós começamos, mas ele pediu pra gente ir embora e a gente não finalizou” (ACS5, Paraná) “Então, a gente vai lá na escola, mas a gente gera, de certa forma, um transtorno para a escola, né? Porque a gente movimentava aquelas crianças e movimentava as salas para fazer todo esse papel [...] às vezes existe, não em todas as escolas, elas têm esse bloqueio. Quando a gente vai, eles não tratam muito bem o pessoal da saúde ou às vezes não se esforçam ali para organizar as coisas para que a gente possa fazer. Então, existe uma certa dificuldade nessa questão. E perde o sentido, a meu ver” (CD6, Paraná)
Falta de capacitação dos profissionais das equipes de saúde	“Uma capacitação seria importante, porque nós temos, eu acho, que em alguns aspectos dificuldades para fazer ações de promoção. A mulher tem mais facilidade em trabalhar essas coisas. Eu acho que os mais antigos e os homens têm mais dificuldade em trabalhar essa parte lúdica. Eu acho que uma capacitação seria interessante, de nos preparar da melhor forma, da forma mais efetiva de trabalhar esse conteúdo, dependendo da idade, então eu acho que isso é uma dificuldade nossa” (G2, Mato Grosso do Sul)
Desmotivação e baixa adesão dos usuários às atividades	“Eu vou ser muito sincero contigo. O que é a minha vontade, não é a vontade da população, entendeu? A minha vontade seria fazer muita promoção e prevenção. Mas a população quer me ver sentado aqui, no mocho, na cadeira odontológica. A gente já tá há mais de quatro meses com o consultório parado. Entendeu? Aí, os pacientes, eles desaparecem, eles sabem que tá parado, eles

	perguntam para o ACS: “já voltou?”, “não, não voltou. O doutor tá lá, mas não voltou”. Daí eles também não querem participar de educação, dos grupos. Eles te querem aqui. Aí, você não tá aqui, eles também não querem ir pro grupo ou essas atividades.” (CD2, Maranhão) “Olha, eu tenho muitos diabéticos e hipertensos, mas os meus não gostam de ir em ações de promoção não. Eles não vão nas atividades. No começo eles iam, mas depois não foram mais. Vão muito pouco” (ACS2, Maranhão) “A nossa dificuldade maior é a população. É o engajamento. É a população vir. A gente sempre precisa oferecer algum outro serviço. Tipo algum atendimento, testes, presente, um café da manhã” (ENF2, Maranhão) “A adesão dos usuários nas nossas ações de promoção eu acho que é baixa ainda, sabe? [...] Isso é uma dificuldade. A gente tem que oferecer alguma coisa, brindes, sorteios, lanche. Aí alguns vem” (ENF3, Mato Grosso do Sul) “Nossa dificuldade é adesão dos próprios pacientes. Os pacientes, eles não vão nas ações que a gente faz” (ACS4, Mato Grosso do Sul) “Olha, é assim, a ação do outubro rosa, por exemplo, super, vieram muitas mulheres. A gente ofertou uma oficina com PICS com escalda-pés, auriculoterapia, aplicação de laser. Agora estamos tentando implementar um grupo de gestante, mas no primeiro só vieram duas, pois elas ainda não estavam acostumadas. O grupo de dor crônica é sazonal a participação, mas eles vêm. Mas a gente oferta auriculoterapia, fisioterapia, alongamento e tem café, lanche [...] A gente que paga tudo [equipe de saúde]” (G2, Mato Grosso do Sul) “Na escola, as crianças estão lá, então a adesão é grande, porque elas estão lá [...]. O grande desafio é a adesão dos usuários nas outras ações. Eles não vêm. Agora, se oferecer a consulta médica, eles vêm. [...] Se falar que é só para vir para ação de educação, promoção, esquece. [...] Adesão é um desafio” (CD3, Mato Grosso do Sul) “As pessoas não aderem, né? A gente convida, mas eles não vêm nas ações de promoção” (ACS5, Paraná) “[...] Vou dar um exemplo bem recente. A gente está indo para o quinto grupo de idosos e para a gente conquistar um público maior, a gente começou a ofertar um café da tarde, que querendo ou não chama a galera. E quem banca isso somos nós [equipe de saúde]. Começamos também a ofertar outras ações diversificadas, tipo, um pessoal da fisioterapia que vem fazer um exercício ou um professor de educação física para vir dar uma aula de zumba. A gente sempre tenta procurar alguma coisa que chame a atenção dos participantes. Senão vai ser sempre a mesma coisa. Uma ‘palestrinha’, ninguém gosta muito de ouvir.” (ENF5, Paraná) “Outra barreira é a própria cooperação do usuário. A população não tem interesse nessas ações. Existe falta de interesse da população com a ação comunitária feita pelo posto” (ACS6, Paraná) “Acho que têm todos os grupos em andamento e têm um engajamento bom. Só que, geralmente, a gente acaba oferecendo alguma coisa em troca” (CD5, Paraná)
Limitação do conhecimento em saúde bucal dos ACS	“Para ser sincero, o nível de conhecimento dos ACS em saúde bucal é quase zero. Não teve uma capacitação, nenhum incentivo, então, eles não conseguem fazer educação em saúde bucal. Por falta de conhecimento e por falta de alguém pedir, talvez. Eu particularmente me sinto muito acanhado de chegar para os agentes e dizer ‘olha, preciso que vocês comecem a falar de saúde bucal’. Eles vão dizer, ‘não, já chega o que a gente faz?’, entendeu? Tirando que eles ficam o dia todinho debaixo de sol aqui” (CD2, Maranhão) “Nunca vi os ACS falando sobre saúde bucal [...]. O problema é que, eu acho, que se criou uma cultura assim, se você é enfermeiro, fala de enfermagem; odontólogo, de odontologia. O ACS não fala daí. É bem fragmentado” (CD1, Maranhão) “Quando os ACS entraram no concurso, a gente fez uma capacitação com eles. [...] Eu não vejo se eles fazem educação em saúde bucal nas casas, nas visitas. O que eles fazem, quando tem alguma coisa de saúde bucal, eles falam para os pacientes ‘vai procurar o dentista’. Não sei se falam por timidez ou pelo perfil.

	A gente capacita, mas eu acho que os ACS hoje em dia mais trazem a queixa do paciente. Eu acho que se perdeu muito essa de orientar. Ele se tornou um porta voz da população, garotos de recado” (CD4, Mato Grosso do Sul) “[...] Eu acho que o ACS pode ser um aliado muito importante na conscientização da população. Por exemplo, ele vai na casa, ele pode orientar sobre escovação, ele pode ver que aquela escova tá jogada no chão, ou se a família usa uma escova só. Ou se tá na hora de trocar a escova [...] Só que, muitas vezes, eu acho que falta eles apropriarem disso. Às vezes, os ACS não querem, mas, às vezes, nós da Odontologia não chegamos e fazemos essa sensibilização pra eles, né? Então, eu acho que falta, tem a nossa parte, enquanto Odontologia, de fazer essa fala (CD5, Paraná) “Não tem capacitação formal sobre saúde bucal para ACS, então a gente não faz educação em saúde bucal” (ACS6, Paraná)
Descomprometimento e desinteresse de profissionais com ações de promoção da saúde	“Olha, uma barreira é a falta de vontade dos próprios profissionais. É preguiça, eu acho. Porque dá trabalho fazer essas ações de promoção, e as pessoas não querem trabalhar não. Para você ver, o gestor da unidade barrou nossas ações, colocou vários empecilhos. Isso é falta de visão. Ele dizia ‘o povo não vai vir, nem adianta fazer’, mas no outro posto os usuários vão” (ENF6, Paraná) “Eu acho que existe uma cultura estabelecida, de fazer só o que precisa ser feito [...]. Por exemplo, sala de espera [ação educativa] é uma coisa simples, mas que em algumas situações tem gente [profissionais da equipe de saúde] que tem muita resistência. Não quer fazer. Então, eu penso que exista essa cultura de não fazer a promoção da saúde. E até você conseguir mover e sair dessa inércia, dessa falta de fazer essas atividades, é mais difícil. Depois que já está em andamento, se torna mais fácil, né? Então, acho que nossa questão quanto fazer ações de promoção da saúde e é uma questão de acomodação, porque é mais fácil fazer a parte curativa do que trabalhar com essas outras atividades que vão além, né? É menos trabalhoso sentar aqui e resolver o problema do paciente” (ENF5, Paraná)
Falta de tempo disponível dos profissionais de saúde	“Tem uma demanda reprimida de paciente com urgência, paciente que faz anos que não procura atendimento, ou porque não consegue, ou por questão cultural. Você acaba tendo que suprir isso aí, e, às vezes o espaço que você destina para fazer alguma atividade diferente [de promoção da saúde], acaba sendo alguma coisa na escola, ou, às vezes, alguma coisa com um grupo instituído, o que já é um avanço, assim, digamos. Além disso, não consigo, porque você já tem uma demanda grande, então, para eu fazer mais atividades, eu precisaria ter um espaço maior na agenda. Então, acaba que a maior parte da agenda é destinada às demandas curativas, clínicas” (CD5, Paraná) “O nosso tempo também é uma dificuldade. Porque, às vezes, a gente fica com bastante sobrecarga de serviço. Mesmo tendo a programação organizada das ações de promoção, tem sempre alguma coisa, e a gente tem que sair para ir atender. Deveria ser um tempo fechado, exclusivo para a realização de promoção da saúde. Mas, não é. Então, a gente tem que ficar se dividindo entre isso e atendimento” (ENF6, Paraná)
Categoria: Melhoria dos Serviços de Saúde	
Falta de materiais, insumos e equipamentos odontológicos	“Falta tudo, insumos e materiais. Assim, quando chegou o anestésico, aí acabou a luva [...]” (CD1, Maranhão) “A odontologia foi abandonada por aqui. Não por culpa do coordenador que está lá. Ele fica de mãos atadas, ele faz os pedidos, ele leva em mãos, ele entrega [o pedido]. Nós não temos as coisas [...]. Nós não temos anestésico, por exemplo. Tem dia que nós não temos um par de luva aqui, entendeu? [...] Hoje nós não temos uma empresa de manutenção de consultório odontológico. Então hoje nós não temos equipe para dar manutenção. Estamos sem manutenção, entendeu? O foco do refletor, por exemplo, acende quando ele bem entende” (CD2, Maranhão) “É tipo assim, cadeira odontológica estraga, a gente fica à mercê do técnico chegar, né? Esperando o técnico vir. Ele vem, aí ele arruma, aí depois ela estraga novamente. Geralmente é por causa do compressor. O compressor aqui, ele é pequeno. Eu costumo dizer que é compressor de bicicleta. São

	muitos atendimentos, então arrumou a cadeira, tudo ok. Aí força, começa a forçar, aí ela estraga. Eu não sei bem direitinho quanto tempo faz que estragou dessa última vez, mas já tem um tempinho. Aí deu problema também em uma outra na mangueira” (CD2, Maranhão)
--	---

Fonte: Elaboração Própria

A categoria Melhoria dos Serviços de Saúde explorou as características dos serviços de saúde bucal no contexto da APS. Este estudo fundamenta-se na premissa de que serviços de saúde adequados e apropriados estão intrinsecamente relacionados à promoção da saúde.

No município do Maranhão, todos os entrevistados relataram dificuldades recorrentes relacionadas à falta de materiais e insumos, em especial no setor odontológico, além de problemas com equipamentos e periféricos dos consultórios odontológicos. Essa foi identificada como a principal barreira mencionada pelos profissionais do município. Conforme os relatos, essa carência esteve associada à desmotivação dos usuários em participar das ações de promoção da saúde.

Nos demais municípios, no entanto, a falta de insumos, materiais e equipamentos foi considerada uma situação rara ou inexistente, de acordo com os entrevistados.

DISCUSSÃO

Os achados apresentados revelam um panorama complexo de barreiras à implementação das estratégias de promoção da saúde bucal na APS, que se estendem por diversas categorias, desde a defesa de causa até a melhoria dos serviços de saúde. A análise crítica desses depoimentos, contextualizada com os princípios da promoção da saúde, permite uma compreensão aprofundada dos desafios e sugere possíveis caminhos para superá-los.

A intersetorialidade é definida como a articulação entre diferentes áreas, setores e instituições com o objetivo de promover ações colaborativas e integradas para alcançar metas e objetivos comuns. A Carta de Ottawa (1986) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enfatizam a intersetorialidade como um pilar fundamental da promoção da saúde. No entanto, no contexto da saúde, sua implementação apresenta desafios evidentes (MORETTI *et al.*, 2010; LIMA e VILASBÔAS, 2011). Entre esses, destacam-se a dificuldade de harmonizar os tempos institucionais dos diversos setores envolvidos, a falta de comprometimento e envolvimento efetivo, os problemas de sustentabilidade das iniciativas e a ausência de protocolos claros e estruturados que orientem o desenvolvimento de ações intersetoriais (MORETTI *et al.*, 2010). Soma-se a isso a limitada capacidade técnica dos profissionais de saúde para estabelecer alianças estratégicas (AZEVEDO *et al.*, 2012; PRADO e SANTOS, 2018).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo claro de iniciativa intersetorial. No entanto, os depoimentos revelam um relacionamento “frágil e pontual” com o setor da educação (CD3), onde as ações de saúde são, por vezes, percebidas como um "transtorno" ou uma "interrupção" da rotina escolar (ACS5, CD6). A falta de colaboração por parte de professores e diretores, ou a percepção de que a equipe de saúde "atrapalha", demonstra uma falta de integração e de compreensão mútua dos papéis e objetivos do PSE, embora o programa proponha uma parceria. As ações permanecem centralizadas no setor da saúde, enquanto o setor educacional desempenha um papel periférico (SOUZA *et al.*, 2017). Essa barreira indica que, embora haja uma política intersetorial estabelecida, a sua operacionalização no nível local é deficiente, impactando diretamente a efetividade das ações de promoção da saúde bucal em um ambiente estratégico como o escolar.

Com relação à indisponibilidade de materiais necessários para a realização das ações de promoção da saúde, os relatos são contundentes. Os recursos materiais são essenciais para a divulgação e operacionalização dessas ações (HUBLEY *et al.*, 2021), sendo indispensáveis elementos como materiais didáticos e de divulgação para estimular o interesse e a participação da comunidade (HEIDEMANN *et al.*, 2014). A falta de materiais básicos para atividades lúdicas e educativas demonstra uma carência estrutural grave. Seja por problemas orçamentários ou pela desvalorização da promoção da saúde por parte da gestão, o fato de profissionais precisarem "rachar" ou comprar do próprio bolso esses materiais (ACS3, ENF5, ENF6, CD3) é um indicativo da precariedade do suporte institucional. Isso não apenas limita a criatividade e a eficácia das ações, mas também gera desgaste e desmotivação nos trabalhadores. Essa barreira reflete uma falha no planejamento e na alocação de recursos, que prioriza a atenção curativa em detrimento da promoção e prevenção, contrariando os princípios da APS e da PNPS. Outros estudos vêm apontando essa insuficiência de materiais na APS (SOUZA *et al.*, 2017; HEIDEMANN *et al.*, 2014), evidenciando essa limitação como um obstáculo recorrente na implementação dessas ações.

A baixa participação dos usuários também é um fator crítico, visto que eles são o foco das ações de promoção da saúde. Conforme Sharma e Petosa (2023), o não envolvimento dos usuários constitui uma barreira crucial, pois compromete a atuação e o objetivo das ações de promoção da saúde. É essencial que essas ações, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, envolvam diretamente a população a quem são destinadas (ALLEGGRANTE *et al.*, 2009), incluindo-os em todas as etapas, desde o planejamento até a execução e avaliação das iniciativas (ALLEGGRANTE *et al.*, 2009).

O desconhecimento das expectativas, valores, significados e objetivos dos usuários dificulta a realização de um diagnóstico preciso das “visões de mundo” da população, levando, muitas vezes, à implementação de atividades que não correspondem à sua realidade (ABREU *et al.*, 2005). Para superar essas limitações, é necessário construir ações baseadas em uma visão ampliada de promoção da saúde, com o objetivo de fortalecer a autonomia das comunidades e fomentar sua participação ativa (MORETTI *et al.*, 2010). É essencial adaptar as estratégias ao contexto local, considerando as necessidades e expectativas específicas dos usuários.

A desmotivação dos usuários, quando relacionada ao desinteresse dos profissionais com as ações de promoção da saúde, caracteriza um conjunto de barreiras que se retroalimentam. Como profissionais com “falta de vontade”, com a percepção de que o atendimento clínico é o que “precisa ser feito”, sendo “menos trabalhoso”, podem ser capazes de motivar usuários a participar de ações de promoção da saúde? Isso reflete uma dissonância entre os princípios da promoção da saúde e a prática diária de alguns profissionais, possivelmente influenciada pela alta demanda por atendimentos e pela falta de reconhecimento e valorização das ações preventivas e educativas.

A marginalização das ações de Promoção da Saúde no cotidiano de trabalho das equipes de APS é um achado comum a outros estudos, como o de Mattioni e Rocha (2023). A "demanda reprimida de paciente com urgência" (CD5) e a "sobrecarga de serviço" (ENF6) limitam o tempo dedicado às atividades de promoção da saúde. A priorização da agenda para "demandas curativas, clínicas" (CD5) em detrimento de atividades de promoção da saúde demonstra a persistência de um modelo assistencial focado na doença. Essa barreira está intrinsecamente ligada à organização do trabalho e à alocação inadequada de recursos humanos, dificultando a reorientação dos serviços de saúde em direção à promoção, um dos eixos da Carta de Ottawa.

O fato dos Agentes Comunitários de Saúde não estarem atuando como protagonistas das estratégias de promoção da saúde bucal, enfraquece a abordagem territorial da APS e a operacionalização da promoção da saúde. A percepção de que o conhecimento dos ACS em saúde bucal é "quase zero" (CD2, ACS6) e que eles se configuram como “garotos de recado” (CD4) em vez de agentes de promoção de saúde, apontam para uma responsabilidade compartilhada nessa lacuna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo sublinham que as barreiras para a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal não são apenas operacionais, mas também estruturais, culturais e de gestão. Essas barreiras, quando vistas em conjunto, sugerem que a promoção da saúde bucal na APS no Brasil ainda é um ideal distante em muitos contextos, frequentemente relegada a um segundo plano diante das demandas curativas e da escassez de recursos. A percepção dos trabalhadores da saúde, como evidenciado nos depoimentos, é um indicativo inequívoco da urgência de políticas públicas mais robustas e de uma gestão mais sensível e estratégica para fortalecer as ações promotoras da saúde em todos os níveis

Superá-las exige um compromisso político e gerencial mais efetivo com a promoção da saúde, que se traduza em investimento adequado em infraestrutura e insumos; reorientação dos processos de trabalho e das agendas; o envolvimento da população em todas as etapas de planejamento e execução das atividades, considerando suas expectativas e contextos locais; capacitação e educação permanente; fortalecimento das parcerias intersetoriais; sensibilização da população e dos profissionais; e valorização das ações de promoção da saúde.

No que diz respeito às barreiras relacionadas à melhoria dos serviços de saúde, observadas exclusivamente no município do Maranhão, que sofre problemas estruturais mais sérios, a solução torna-se mais complexa. No entanto, são necessários investimentos urgentes em infraestrutura e recursos materiais para que a saúde bucal da população possa ser efetivamente promovida.

Espera-se que as reflexões apresentadas neste estudo contribuam para ampliar o olhar sobre a promoção da saúde, especialmente no que tange à saúde bucal da população. É imprescindível a realização de processos avaliativos abrangentes e contínuos, que apoiem os direcionamentos necessários e assegurem a efetividade dessas práticas. As evidências destacadas podem subsidiar a implementação de estratégias voltadas à superação das barreiras identificadas, promovendo melhorias na saúde bucal da população. Reforça-se o papel das estratégias de promoção da saúde como ferramentas indispensáveis para bem-estar coletivo e saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/YxtPjCZTBswKqdx98G4sLRp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jan.2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2018b. Disponível

em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> . Acesso em: 02 jan.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018a. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf> . Acesso em: 02 jan.2025.

BUSS, P.M.; HARTZ, Z.M. DE A.; PINTO, L.F.; ROCHA, C.M.F. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc saúde coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jan.2025

COTA, A. L. S.; COSTA, B. J. A. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5963>>. Acesso em: 03 jan.2025

HEIDEMANN, I. T. S. B., CYPRIANO, C. D. C., GASTALDO, D., et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00050117, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/jsHOTH3xXqvXnx6dvvT6kGP/>>. Acesso em: 03 jan.2025

HUBLEY, J.; CODEMAN, J.; WOODALL, J. (Org.). Practical health promotion. 3. ed. Cambridge: Polity, 2021.

KUSMA, S. Z. **Avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde:validação de uma ferramenta**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. S9-S19, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/dRZhMgLvLxqsRqpGgzJPRss/>>. Acesso em: 20 dez.2024

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (Org.). 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORETTI, A. C., TEIXEIRA, F. F., SUSS, F. M. B., et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1827-1834, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgiZypv9L8dZrPFWzvbvm/>>. Acesso em: 20 dez.2024

NIRANJAN, V. R.; KATHURIA, V.; VENKATRAMAN, J.; SALVE, A. Oral Health Promotion: Evidences and Strategies. In: MANAKIL, J. F. (Org.). **Insights Into Various Aspects of Oral Health**. 1. ed. London: InTech, 2017, p. 194-217.

OLIVEIRA, A. L. B. M. de; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 247-253, 2010. Disponível em: <https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2010/unicid_22_3_247_253.pdf>. Acesso em: 07 jan.2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: World Health Organization, 1986. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 02 jan.2025.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 379-395, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhjbYPdzP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan.2025.

REIS, D. M., PITTA, D. R., FERREIRA, H. M. B et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Vz4jXkQhRxttghWDxHvTRDc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan.2025.

SILVEIRA FILHO A.D., MOYSÉS S.J., KUSMA S.Z, et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 851-865, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9BpqS58LZ6gdSWsMQsbwmx/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan.2025.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvvwZHvy6G76MrjfJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan.2025.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M.; LACERDA, J. T. et al. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e**

Serviços de Saúde, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/3PcxCtmVD9QzmRYbBmNRLgH/>>. Acesso em: 02 jan.2025.

6 CONCLUSÃO

A presente tese teve como objetivo avaliar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros, à luz da construção, validação e aplicação de um instrumento de avaliação em saúde: Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB). O IAI-PS-SB mostrou-se uma ferramenta em potencial tanto para a pesquisa quanto para o planejamento em saúde, preenchendo uma lacuna importante relacionada à escassez de métodos avaliativos específicos para analisar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Sua aplicação permitiu desvelar aspectos importantes da implementação das estratégias em territórios distintos.

Em linhas gerais, as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal não estão plenamente implementadas nos contextos analisados. Embora haja variações entre os municípios, persistem fragilidades comuns à maioria dos cenários: (1) fragilidades na articulação intersetorial e no engajamento político do setor de odontologia; (2) limitações relacionadas à gestão participativa; (3) dificuldade de mobilizar os usuários; (4) predomínio de estratégias de promoção da saúde tradicionais e pouco atrativas; (5) articulação limitada do setor saúde com o setor educacional, especialmente no âmbito do PSE; (6) escassez de materiais e infraestrutura adequada para a execução das atividades; (7) limitações na atuação dos ACS como promotores da saúde bucal; (8) processos de planejamento, monitoramento e avaliação enfraquecidos no cotidiano dos serviços.

Em termos específicos, notou-se que a implementação da dimensão Defesa de Causa foi bem avaliada no município do Paraná. Isso pode estar influenciado pela boa articulação do setor de saúde bucal com os demais setores e áreas da saúde. Também foi possível identificar gestores despreparados em alguns contextos avaliados, com ausência de formação específica, o que comprometeu sua atuação. Esse despreparo foi evidenciado pela forma como as entrevistas foram respondidas. Em certos casos, os entrevistados não souberam responder aos questionamentos, dificultando o estabelecimento do diálogo e revelando lacunas no preparo técnico para a condução das ações.

A vulnerabilidade estrutural, notadamente a escassez de insumos e o comprometimento da infraestrutura dos serviços de saúde bucal, destacou-se no município do Maranhão. Em contraste, tais elementos foram bem avaliados nos municípios do Mato Grosso do Sul e do Paraná, onde a estrutura física e a disponibilidade de recursos não foram apontadas como entraves à implementação das ações de promoção da saúde.

Ainda assim, o Maranhão revelou um aspecto cultural distintivo. Apesar das limitações estruturais e da qualificação formal não homogênea entre todos dos profissionais entrevistados, observou-se maior engajamento e iniciativa individual. Esse comprometimento, mesmo diante de condições adversas, contrasta com o desempenho mais limitado de profissionais tecnicamente mais qualificados em outros contextos. Tal achado sugere que fatores culturais e contextuais também podem exercer influência na implementação das estratégias de promoção da saúde, relativizando o peso exclusivo da qualificação formal dos profissionais.

A superação das fragilidades identificadas demanda um conjunto articulado de estratégias que vai além de ações simples ou pontuais. Em primeiro lugar, é necessário investir na formação e capacitação contínua de gestores e profissionais da saúde, com foco em competências de gestão, articulação intersetorial, nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde e participação para sustentabilidade. O letramento e capacitação quanto ao significado da promoção da saúde é um aspecto central para que estratégias de promoção da saúde sejam de fato implementadas. Os processos de planejamento, monitoramento e avaliação precisam estar incorporados à rotina das equipes. O envolvimento dos usuários nessas etapas deve ser estimulado, uma vez que contribui para ampliar o significado e o compromisso com as ações.

A atuação dos ACS deve ser valorizada, promovendo sua inclusão ativa nas ações de promoção da saúde bucal, reconhecendo seu papel estratégico como elo entre o serviço e a comunidade. Para tanto, recomenda-se o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde.

Paralelamente, a estruturação física adequada e a garantia de insumos essenciais devem ser tratadas como condições mínimas para a execução qualificada das ações, especialmente em contextos mais vulneráveis.

Outro eixo central é a articulação com o setor educacional, particularmente no âmbito do PSE, por meio da construção de estratégias intersetoriais conjuntas e contínuas, que superem o modelo tradicional de ações pontuais e fragmentadas.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de ações culturalmente sensíveis, que considerem os saberes locais, as características socioterritoriais e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, favorecendo práticas mais efetivas, emancipadoras e sustentáveis no campo da promoção da saúde bucal.

Apesar das limitações metodológicas, como a amostra reduzida, a necessidade de coleta de dados primários e a ausência da perspectiva dos usuários, os resultados desta pesquisa contribuem para uma compreensão crítica dos fatores que influenciam a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em contextos do Brasil. Os dados obtidos reforçam a necessidade de processos avaliativos contínuos e contextualizados, capazes de orientar a tomada de decisão e a formulação de medidas mais sensíveis às realidades locais.

Dessa forma, esta tese reafirma a importância das estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS como ferramentas fundamentais para o fortalecimento da saúde bucal da população. Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem a aplicação do IAI-PS-SB e integrem a perspectiva dos usuários, a fim de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes e os caminhos possíveis para o avanço da promoção da saúde no país.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- ADRIANO JÚNIOR; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
- AGARWAL, G.; PIRRIE, M.; ANGELES, R.; et al. Development of the Health Awareness and Behaviour Tool (HABiT): reliability and suitability for a Canadian older adult population. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 38, n. 1, p. 2-11, 2019.
- AGUIAR, Z. N. (org.). Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- ALLEGGRANTE, J. P.; MARGARET, M. B.; COLLINS, A. O.; et al. Health Education & Behavior. *Health Education & Behavior*, v. 36, n. 3, p. 476-482, 2009.
- ALVARENGA, W. A.; SILVA, M. E. D. C.; SILVA, S. S.; et al. Ações de Educação em Saúde realizadas por enfermeiros na escola: percepção de pais. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 522-527, 2012.
- AMARANTE, L. F.; NUTO, S. D. A. S.; FORTE, F. D. S.; MACHADO, M. F. A. S.; MAIA, L. A. Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 140, p. 1-14, 2024.
- AMPARITO, V. C.; REZENDE, M. A. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.
- ANDRÉ, A. N.; RAMOS, J. V. B.; CRUZ, P. J. S. C.; et al. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Revista Saúde em Redes*, v. 7, n. 2, 2021.
- ARAÚJO, G. B.; ALVES FILHO, F. W. P.; SANTOS, R. S.; LIRA, R. C. M. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de Medicina: relato de experiência. *SANARE*, v. 16, n. 1, p. 124-129, 2017.
- AZEVEDO, P. R.; SOUSA, M. M.; SOUZ, N. F.; et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 10, n. 1, p. 260-267, 2018.
- BARBOSA, B. F. S.; MAURICIO, H. A.; SETTE-DE-SOUZA, P. H.; et al. Vigilância da fluoretação das águas no Brasil: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, v. 8, n. 10, p. 634-637, 2020.
- BARROS, A. L. C. et al. Avaliação em saúde: conceitos, métodos e aplicações. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BARROS, S. G.; MIRANDA, C. E. B.; ROSSI, T. R. A.; et al. Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 207-222, 2019.

BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; CHODZKO-ZAJKO, W.; et al. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.

BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. A historical framework for social epidemiology. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I.; GLYMOUR, M. M. (org.). *Social epidemiology*. 2. ed. London: Oxford University Press, 2014. p. 1-12.

BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, J. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia*, v. 13, n. 2, p. 76-81, 2008.

BOLLARS, C.; KOK, H.; VAN DEN BROUCKE, S.; et al. European quality instrument for health promotion. European project getting evidence into practice, 2005.

Disponível em:

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf.

Acesso em: 26 dez. 2021.

BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013.

BOWDEN, J. Evaluation in health promotion. In: BOWDEN, J.; MANNING, V. (orgs.). *Health promotion in midwifery: principles and practice*. 3. ed. Boca Raton: Taylor & Francis, 2017.

BRASIL. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 87, p. 19 Maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saude-bucal>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 35 p. ISBN 978-65-5993-632-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_1edatualimp.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B.; TOMICKI, C.; et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade brasileira. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 23, p. 1-8, 2018

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (org.). Avaliação: conceitos e métodos. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 383-391, fev. 2014.

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. 2305-2316, 2009.

BUSS, P. M.; HARTZ, Z. M. A.; PINTO, L. F.; et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

- CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde em Debate*, v. 41, n. esp., p. 265-276, 2017.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.
- CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. 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.
- CERDÁ-GÓMEZ, R.; CARBONELL, J. J.; LÓPEZ-SÁNCHEZ, M. P. Aplicabilidad y percepción de utilidad del European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) en un programa de promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, v. 32, n. 2, p. 135-142, 2018.
- CHAMPAGNE, F.; et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CHAPMAN, A.; FELTON, S. H. *Basic guide to oral health education and promotion*. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2021.
- CLOSS, T. T.; COLLIONI, A. G.; FACCIOLI, L. S.; et al. Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde. *Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família*, v. 1, p. 1-11, 2013.
- COLIN, E. C. S.; PELICIONI, M. C. F. Territorialidade, desenvolvimento local e promoção da saúde: estudo de caso em uma vila histórica de Santo André, São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 4, p. 1246-1260, 2018.
- CONCEIÇÃO, D. S.; VIANA, V. S. S.; BATISTA, A. K.; et al. A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.
- COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.
- COTA, A. L. S.; COSTA, B. J. A. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. *Saúde e Pesquisa*, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017.
- COUTO, N. A.; KLEINPAUL, W. V.; BORFE, B. F.; et al. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Revista Unisc*, v. 17, n. 4, 2016.
- CRALL, J. J. Evidence-based approaches to oral health promotion. In: MOURANDION, W.; MANAGING, A. P. (org.). *Promoting oral health of children with*

neurodevelopmental disabilities and other special health needs. Seattle: University of Washington, 2001.

CRUZ, M. M.; HARTZ, Z. M. A.; FORTUNATO, P. Avaliação em saúde e gestão do conhecimento. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 17, supl. 2, 2018.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAMASCENO, K. S. M.; CRUZ, D. N.; BARROS, S. G. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, p. 1-13, 2021.

DANTAS, F. T.; MARTINS, S. H. L.; DANTAS, A. N. M.; et al. Associação entre o estresse psicológico e a doença periodontal: revisão da literatura. Revista de Periodontia, v. 26, n. 3, p. 19-28, 2016.

DE ASSIS, A. S.; DE CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, p. 1-17, 2018.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

DIAS, M. S. A.; OLIVEIRA, I. P.; SILVA, L. M. S.; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

DUTRA, D. M. P.; MOREIRA, M. M. Avaliação e monitoramento de sistemas de informação em saúde. In: JORGE, M. S. B.; GARCIA FILHO, C. (orgs.). Práticas de gestão, processos, planejamento e avaliação. Fortaleza: EdUECE, 2018. cap. 16, p. 268-290.

EMMI, D. P.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

FABBRI A. L. A.; GRUNDY Q.; BERO L.A. The influence of industry sponsorship on the research agenda: a scoping review. American Journal of Public Health, vol. **108**, n. **11**, p. 9-16, 2018

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERNANDES, S. M.M.; OLIVEIRA, M. H. B. O cuidado na Atenção Primária à Saúde: desafios para além das metas de produtividade. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n132/175-187/pt/>. Acesso em: 29 maio 2025.

FERRAZ, S. T. Bases conceituais de promoção da saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), 1996.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, N.M. et al. Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde: avanços, limites e desafios. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 134, p. 927-942, 2022.

FIGUEREDO, L. O.; ZANELATTO, J. H. Trajetória de migrações no Brasil. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, v. 39, n. 1, p. 77-90, 2017.

FLORES, G. M. S.; WEIGELT, L. D.; REZENDE, M. S.; et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FONTENELE, R. M.; et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 167-179, 2017.

FREIRE, M. C. M.; BALBO, P. L.; AMADOR, M. A.; et al. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 20-29, 2012.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

FURTADO, J. P et al. Análise da implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde em uma capital do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 134-146, 2019.

GALLO, D.; BESSA, E. Qualidade de vida urbana como política pública: o movimento cidades saudáveis. *Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades*, v. 4, n. 27, p. 14-23, 2016.

GAMBOA L. V. C. Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária no Brasil e no mundo: o descompasso teoria e prática. *APS EM REVISTA*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 50–61, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/3>. Acesso em: 2 jun. 2025.

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S. J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 13, p. 6-17, 1996.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002331484>. Acesso em: 18 jul. 2022.

GILLONI, L. F. G. Fatores socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde bucal relacionados ao uso de álcool em adultos homens. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de São Paulo, Piracicaba, 2019.

GILMORE A.B, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*, vo. 401, p. 1194–213, 2023.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 783-794, 2009.

GLASGOW, R. E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, v. 7, p. 1-9, 2019.

GLICK, M.; WILLIAMS, D. M.; KLEINMAN, D. V.; et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Journal of the American Dental Association*, v. 147, n. 12, p. 915-917, 2016.

GÓIS, C. W. L. Psicologia comunitária: atividade e consciência. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GOMES, L. C. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

HARTMANN, C.; VIEIRA, F.; LOPES, G.; et al. História da promoção da saúde e a Carta de Ottawa descrita na íntegra. *Revista Científica Cognitionis*, p. 1-18, 2020.

HARTZ, Z. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 89-131.

HAUGAN, G.; ERIKSSON, M. (orgs.). Health promotion in health care – vital theories and research. Gewerbestrasse, Switzerland: Springer, 2021.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HESCOT, P. The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. *Chinese Journal of Dental Research*, v. 20, n. 4, p. 189-192, 2017.

HOLTROP, J. S.; ESTABROOKS, P. A.; GAGLIO, B.; et al. Understanding and applying the RE-AIM framework: clarifications and resources. *Journal of Clinical and Translational Science*, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2021.

HUBLEY, J.; CODEMAN, J.; WOODALL, J. (orgs.). *Practical health promotion*. 3. ed. Cambridge: Polity, 2021.

JIN, L. J.; LAMSTER, I. B.; GREENSPAN, J. S.; et al. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*, v. 22, n. 7, p. 609-619, 2016.

KASPER, M.; FORTUNA, C. M.; SILVA, M. V.; et al. Reunião de equipe de saúde na atenção básica: contribuições da análise institucional. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 2, p. 2900-2907, 2024.

KASSEBAUM, N. J.; BERNABE, E.; DAHIYA, M.; et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *Journal of Dental Research*, v. 93, n. 11, p. 1045-1053, 2014.

KAY, E.; LOCKER, D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dental Health*, v. 15, n. 3, p. 132-144, 1998.

KODA, M. Y.; et al. Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 2, p. 506-515, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000200017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wfFX8CYxf3bTTL5JWNT3F5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.

KODAMY, SILVA, D. V.; MACHADO, M. A. S.; et al. Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 2, p. 506-515, 2012.

KUMAR, S.; PREETHA, G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, v. 37, n. 1, p. 5-12, 2012.

KUSMA, S. Z. Avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde: validação de uma ferramenta. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a SB na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 9-19, 2012.

LBORG, A.; SABOGA-NUNES, L.; STOCK, C. Are we there yet? Use of the Ottawa charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. *Journal of Public Health: from theory to practice*, v. 29, p. 1-7, 2021.

LEÃO, T.; PERELMAN, J.; CLANCY, L.; et al. Economic evaluation of five tobacco control policies across seven European countries. *Nicotine & Tobacco Research*, v. 22, n. 7, p. 1202-1209, 2019.

LEE, R. E.; GALAVÍZ, K. I.; SOLTERO, E. G.; et al. Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1-9, 2017.

LEMOS, L. L. Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde de servidores públicos federais: contribuições da terapia Reiki. 2019. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

LHACHIMI, S. K.; NUSSELDER, W. J.; SMIT, H. A.; et al. DYNAMO-HIA – A dynamic modeling tool for generic health impact assessments. *Plos One*, v. 7, n. 5, p. 1-11, 2012.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 89-120.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do programa saúde na escola e promoção da saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018.

LUCHESI, P. T. R.; AGUIAR, D. S. Descrição introdutória ao tema. In: LUCHESI, P. T. R. (org.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MACHADO, D.; OLIVEIRA, K. M. C. P.; CUNHA, C. G.; et al. Programa saúde na escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *SANARE, Sobral*, v. 15, n. 1, p. 62-68, 2016.

McMILLAN, S. S.; KING, M.; TULLY, M. P. How to use the Delphi technique. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 38, n. 3, p. 655-661, 2016.

MEDEIROS, E. R.; SOARES, M. F. S.; REBOUÇAS, D. G. C.; et al. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. *Avances en Enfermería*, v. 39, n. 2, p. 167-177, 2021.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Em: *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de método. In: MAGALHÃES, B.; MERCADO, F. J. (orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 148-156, 2010.

MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

MOYSÉS, S. J. *Saúde bucal coletiva: história, conceitos e prática*. São Paulo: Santos, 2001.

MOYSÉS, S. T. *Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S. Promoção de saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, T. S.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V. G. (org.). *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2017.

NARVAI, H.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, T. S.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: desafios e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 317-324, 2010.

NIRANJAN, V. R.; KATHURIA, V.; VENKATRAMAN, J.; SALVE, A. Oral health promotion: evidence and strategies. In: MANAKIL, J. F. (org.). *Insights into various aspects of oral health*. 1. ed. London: InTech, 2017. p. 194-217.

OLIVEIRA, A. L. B. M. de; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 247-253, 2010.

OLIVEIRA, M. T. P.; FARIAS, M. R.; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 1, p. 1-18, 2022.

OMS; UNESCO. *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and system*, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>. Acesso em: 25 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Ottawa: Organização Mundial da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cidades Saudáveis. Disponível em: <https://cidadessaudaveis.org/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Oral Health Programme: implementation strategy 2019. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications>. Acesso em: 30 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: World Health Organization, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Guia para a construção de municípios e comunidades saudáveis. Brasília, DF: OPAS, 1994. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/36034>. Acesso em: 25 maio 2025.

PACHECO, F. P.; BOMFIM, Z. A. C. Atividade comunitária, estima de lugar e conscientização: uma análise da participação social do movimento resistência vila vicentina. Interações (Campo Grande), p. 247-261, 2022.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 89-120.

PAULA, D. M. P.; FARIA, M. A.; ALMEIRA, J. D. L. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 2, n. 2, 2013.

PEREIRA, A. C. Conceitos importantes para a prevenção em saúde bucal. In: KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. (orgs.). Saúde coletiva: métodos preventivos para doenças bucais. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

PERES, M. A.; MACPHERSON, L. M.; WEYANT, R. J.; et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

PETERSEN, P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries: international perspectives. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 33, n. 4, p. 274-279, 2005.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_WHO.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

PETERSEN, P. E. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, v. 58, n. 3, p. 115-121, 2008.

PETERSEN, P. E.; RAMON, J. B.; HIROSHI, O. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 48, n. 4, p. 338-348, 2020.

PINHEIRO, D. G. M.; SCABAR, T. G.; MAEDA, S. T.; et al. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 180-188, 2015.

PINTO-FILHO, F. V. O impacto do compliance na gestão dos negócios. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia) – Faculdade de Tecnologia de Americana, Americana, 2019.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na atenção primária à saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 118, p. 379-395, 2018.

PUCCA, G. A. et al. Saúde bucal na atenção básica: uma análise crítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 19-28, 2009.

REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B.; et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

RENOVATTO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, n. esp. 2, p. 277-290, 2010.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; et al. Vínculo e autonomia na prática de SB no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

SANTOS, L. C et al. Ações de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária: desafios para além do discurso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 1, e20201126, 2021.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SAUER, A. B.; NILSON, L. G.; DOLNY, L. L.; et al. Trabalho com grupos na Atenção Básica à Saúde (recurso eletrônico). Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/unievangelica/clinica-em-saude-iii/apostila-grupos-na-abs-nucleo-telessaude-sc-ufsc/66813915>. Acesso em: 2 jul. 2024.

SGAN-COHEN, H. D.; EVANS, R. W.; WHELTON, H.; et al. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR), 2013.

SHARMA, M.; PEETOSA, R. L. Process Evaluation. In: SHARMA, M.; PEETOSA, R. L. (orgs.). *Evaluation and Measurement in Health Promotion*. 1. ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2023. p. 336.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 319-328, jan. 2021.

SILVA, J. R. T. C.; DIAS, T. R. S. C.; BORGES-PALUCH, L. R.; et al. O tabagismo como fator de risco para o câncer bucal: principais evidências e tendências. *Ensaios e Ciência*, v. 25, n. 5-esp, p. 724-728, 2021.

SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J.; KUSMA, S. Z.; et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 4, p. 851-865, 2016.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. *Cadernos ESP*, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

SNELLING, A. *Introduction to Health Promotion*. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.

SOUZA, G. C. A.; KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. J.; RONCALLI, A. G. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, 2021.

SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F. P. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

SPRANGER, J. A.; HOMBERG, A. B.; SONNBERGER, M. C.; NIEDERBERGER, M. Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: a methodological review. *Evidenz Fortbildung Qualität Gesundheitswesen (ZEFG)*, v. 172, p. 1-11, 2022.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002.

STUFFLEBEAM, D. The CIPP Model for Evaluation. In: KELLAGHAN, T.; STUFFLEBEAM, D. L. (orgs.). *The International Handbook of Educational Evaluation*. Dordrecht: Kluwer, 2003.

SUASSUNA, A. P.; et al. Percepções de alunos da rede pública de ensino de Natal/RN sobre educação em saúde na escola. *Revista Ciência Plural*, v. 6, n. 2, p. 66-81, 2020.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológico do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

THOMPSON, S. R.; WATSON, M. S.; TILFORD, S. The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, v. 56, n. 2, p. 73-84, 2018.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

THURSTON, W. E, POTVIN L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*. v. 9, n. 4, p. 453-69, 2003.

TOASSI, R. F. C.; STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M.; MOYSÉS, S. J. Currículo integrado no ensino de odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 41, p. 529-544, 2012.

TOLEDO, P. P. S.; SANTOS, E. M.; CARDOSO, G. C. P.; et al. Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da política nacional de humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, jun. 2021.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface (Botucatu)*, v. 11, n. 22, p. 223-228, 2007.

TREVISAN M.S., WALSER T.M. *Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use*. Publications, SAGE, 2015

TURCI, S. R. et al. Desafios para a atenção primária à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 533-544, 2009.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, supl. 3, p. 29-39, 2013.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. S. Z.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 35, n. 1, p. 1-11, 2007.

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 83, n. 9, p. 711-718, 2005.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M.; LACERDA, J. T.; et al. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A primer for mainstream health promotion. Working draft for The Nairobi Global Conference on Health Promotion, Kenya, Oct 2009. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences>. Acesso em: 26 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>. Acesso em: 26 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral health. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1. Acesso em: 17 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The urgency of health promotion. Overview: 7th Global Conference on Health Promotion, Kenya, October 2009. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>. Acesso em: 26 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Regional summary of the Region of the Americas. Geneva: World Health Organization, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bangkok Declaration – No Health Without Oral Health: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030*. Bangkok: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/bangkok-declaration---no-health-without-oral-health> . Acesso em: 17 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: World Health Organization, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 02 jan. 2025.

XAVIER, S. P. L.; PEREIRA, A. P.; MOREIRA, M. R. C. Competências em promoção à saúde à luz do projeto Competencies Health Promotion (CompHP): uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2019.

XIMENES, V. M.; MOURA JUNIOR, J. F. Psicologia Comunitária e Comunidades Rurais do Ceará: caminhos, práticas e vivências em extensão universitária. In: LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M. (orgs.). *Psicologia e contextos rurais*. Natal: EDUFRN, 2013.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e método*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

**APÊNDICE A – ARTIGO 1: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM
ÊNFASE EM SAÚDE BUCAL (IAI-PS-SB)**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM
SAÚDE BUCAL (IAI-PS-SB)**

*INSTRUMENT FOR EVALUATING THE IMPLEMENTATION OF
HEALTH PROMOTION STRATEGIES WITH AN EMPHASIS ON ORAL
HEALTH (IAI-PS-SB)*

*INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE
ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ÉNFASIS EN
SALUD BUCAL (IAI-PS-SB)*

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar um instrumento de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal. **Métodos:** Estudo de avaliabilidade com abordagem mista. O instrumento foi elaborado em etapas: revisão de literatura e análise documental; elaboração do Modelo Teórico, da Matriz Avaliativa, da Matriz de Análise e Julgamento e dos instrumentos de coleta de dados; e validação do instrumento. Para validação, o modelo avaliativo foi analisado por especialistas em uma oficina de consenso, realizada entre junho e julho de 2024, utilizando o método Delphi. **Resultados:** O instrumento elaborado e validado foi intitulado Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde, com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB). Este contém dimensões, subdimensões e indicadores relacionados à promoção da saúde no campo da saúde bucal. **Conclusão:** O instrumento IAI-PS-SB pode auxiliar em pesquisas, bem como no planejamento e desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, permitindo identificar os pontos fortes e fracos da implementação dessas estratégias.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Bucal. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate an instrument for evaluating the implementation of health promotion strategies, with an emphasis on oral health. **Methods:**

Evaluability study with a mixed-methods approach. The instrument was developed in stages: literature review and document analysis; development of the Theoretical Model, Evaluation Matrix, Analysis and Judgment Matrix, and data collection instruments; and validation of the instrument. For validation, the evaluation model was analyzed by specialists in a consensus workshop held between June and July 2024, using the Delphi method. **Results:** The developed and validated instrument was titled *Instrument for Evaluating the Implementation of Health Promotion Strategies, with an Emphasis on Oral Health* (IAI-PS-SB). It includes dimensions, subdimensions, and indicators related to health promotion in the field of oral health. **Conclusion:** The IAI-PS-SB instrument can support research as well as the planning and development of health promotion strategies with an emphasis on oral health, allowing the identification of strengths and weaknesses in the implementation of these strategies.

Keywords: Health Promotion. Oral Health. Health Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar y validar un instrumento para evaluar la implementación de estrategias de promoción de la salud, con énfasis en la salud bucal. **Métodos:** Estudio de evaluabilidad con un enfoque mixto. El instrumento fue desarrollado en etapas: revisión de la literatura y análisis documental; elaboración del Modelo Teórico, la Matriz Evaluativa, la Matriz de Análisis y Juicio, y los instrumentos de recolección de datos; y validación del instrumento. Para la validación, el modelo evaluativo fue analizado por especialistas en un taller de consenso realizado entre junio y julio de 2024, utilizando el método Delphi. **Resultados:** El instrumento desarrollado y validado fue titulado *Instrumento para Evaluar la Implementación de Estrategias de Promoción de la Salud, con Énfasis en la Salud Bucal* (IAI-PS-SB). Este incluye dimensiones, subdimensiones e indicadores relacionados con la promoción de la salud en el ámbito de la salud bucal. **Conclusión:** El instrumento IAI-PS-SB puede contribuir tanto en investigaciones como en la planificación y desarrollo de estrategias de promoción de la salud con énfasis en la salud bucal, permitiendo identificar las fortalezas y debilidades en la implementación de estas estrategias.

Palabras clave: Promoción de la Salud. Salud Bucal. Evaluación en Salud

INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde se apresenta como um conceito complexo e multifacetado (Traverso-Yépez, 2007). Em uma vertente mais conservadora, limita-se à redução do risco de adoecer, por meio da mera mudança comportamental dos indivíduos e coletividades (Carvalho *et al.*, 2017). Em uma vertente mais crítica, seu objetivo essencial é o empoderamento dos indivíduos e a transformação das condições de vida e saúde dos sujeitos e coletivos (Carvalho *et al.*, 2017).

Nessa linha crítica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como um processo político-social abrangente (OMS, 2021). Este conceito não apenas inclui ações voltadas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também abrange aquelas

direcionadas à mudança dos determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde (OMS, 2021). Essas ações incluem intervenções em níveis individual, organizacional, social e político (Kumar, 2012)

No campo da saúde bucal, as estratégias de promoção da saúde podem assumir diversas formas, por meio da educação, da integração da saúde bucal em outros programas de promoção da saúde, de políticas públicas ou de serviços de saúde (Niranjan *et al.*, 2017). Essas estratégias devem estar integradas a outras práticas de saúde e a outros setores para assegurar os princípios da integralidade, intrasetorialidade e intersectorialidade (Ministério da Saúde, 2018; Silveira *et al.*, 2016; Kusma, 2011). Ademais, devem estar necessariamente fundamentadas na determinação social do processo saúde-doença e no enfrentamento das iniquidades (Silveira *et al.*, 2016).

As estratégias de promoção da saúde, além de envolverem diferentes dimensões, setores, atores e intervenções, estão em constante mudança e geralmente têm efeitos de longo prazo (Kusma, 2011). Essa complexidade influencia diretamente as formas de mensurar tais ações, tornando-se um grande desafio metodológico.

Na literatura científica, observa-se que muitos estudos avaliam intervenções específicas de promoção da saúde como uma ação ou parte de um programa. Avaliam-se o processo e/ou os resultados dessas intervenções por meio da aplicação de questionários elaborados especificamente para a pesquisa. Existem algumas ferramentas desenvolvidas para avaliar aspectos da promoção da saúde, como o projeto Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP), o European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), o Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM framework), o Health Awareness and Behaviour Tool (HABiT) e o Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments (DYNAMO-HIA). Foi identificada apenas uma ferramenta de avaliação da promoção da saúde específica para a saúde bucal: a Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal (Kusma, 2011).

Uma ferramenta de avaliação da implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal seria um subsídio importante para que sejam realizadas pesquisas quantitativas e/ou qualitativas que permitam a compreensão da implementação dessas ações em diferentes contextos. Assim, o objetivo do estudo

foi elaborar e validar um instrumento de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliabilidade com abordagem mista, desenvolvido em etapas baseadas na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu (2005). Esta pesquisa constitui uma das etapas de uma tese de doutorado sobre a avaliação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal.

Na primeira etapa foi realizada revisão da literatura científica e análise documental para a descrição das estratégias de promoção da saúde focadas na saúde bucal. Os descritores utilizados foram: health promotion, health evaluation, protocols, instrument, oral health, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, nas bases de dados BVS, Medline, Pubmed e Scielo. A elaboração do instrumento avaliativo foi embasada no modelo HESIAD, proposto por Hubley *et al.*, 2021 no modelo de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal proposto por Kusma (2011) e nos documentos da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

A partir da revisão da literatura e documental, foi elaborado a primeira versão do Modelo Teórico (MT) para a avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde. Esta é uma etapa essencial para a formulação de perguntas adequadas e pertinentes (Brousselle *et al.*, 2011).

À luz do MT, foi criada uma proposta de Matriz Avaliativa (MA), composta por dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Na sequência, a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), com a soma (Σ) dos escores para o julgamento de cada item da MA. A revisão da literatura e a análise documental auxiliaram na seleção dos componentes da MA e da MAJ. Com base na proposta do modelo avaliativo, foram desenvolvidos os instrumentos de coleta de dados - questionários semiestruturados e roteiros de entrevistas.

Para validar o modelo avaliativo proposto, todos os itens do MT e da MA foram analisados por especialistas em uma oficina de consenso, realizada em junho e julho de 2024, utilizando o método Delphi. Trata-se de uma técnica adequada para a validação de instrumentos, que envolve informantes-chave (especialistas) em um processo iterativo e estruturado, possibilitando a análise em grupo de questões complexas com conhecimento incerto (Spranger *et al.*, 2022). Os especialistas são

indivíduos que detêm conhecimento especializado sobre o tema em questão (McMillan *et al.*, 2016).

Para compor as oficinas de consenso, foram convidados cirurgiões-dentistas com atuação em serviços de saúde bucal e pesquisadores com expertise em avaliação e/ou promoção da saúde. Ao todo, participaram das oficinas dois (02) cirurgiões-dentistas com atuação na gestão e/ou no serviço de saúde bucal; dois (02) cirurgiões-dentistas com expertise em pesquisa de avaliação; e dois (02) pesquisadores com experiência em promoção da saúde. Os especialistas receberam a proposta preliminar do MT e da MA por correio eletrônico e foram solicitados a manifestar-se quanto à concordância plena, parcial ou discordância sobre cada item do modelo avaliativo. Nos casos de concordância parcial ou discordância, os especialistas preencheram suas considerações e sugestões no campo indicado. Todas as considerações foram organizadas, analisadas e, quando pertinentes, acatadas. Em seguida, o modelo avaliativo foi enviado novamente aos mesmos integrantes com as devidas alterações, repetindo-se o processo anterior. Foram realizados dois (02) ciclos até que se alcançasse a concordância entre todos os participantes. Ao final dos ciclos, obteve-se um consenso sobre o modelo de avaliação das estratégias de promoção com ênfase na saúde bucal.

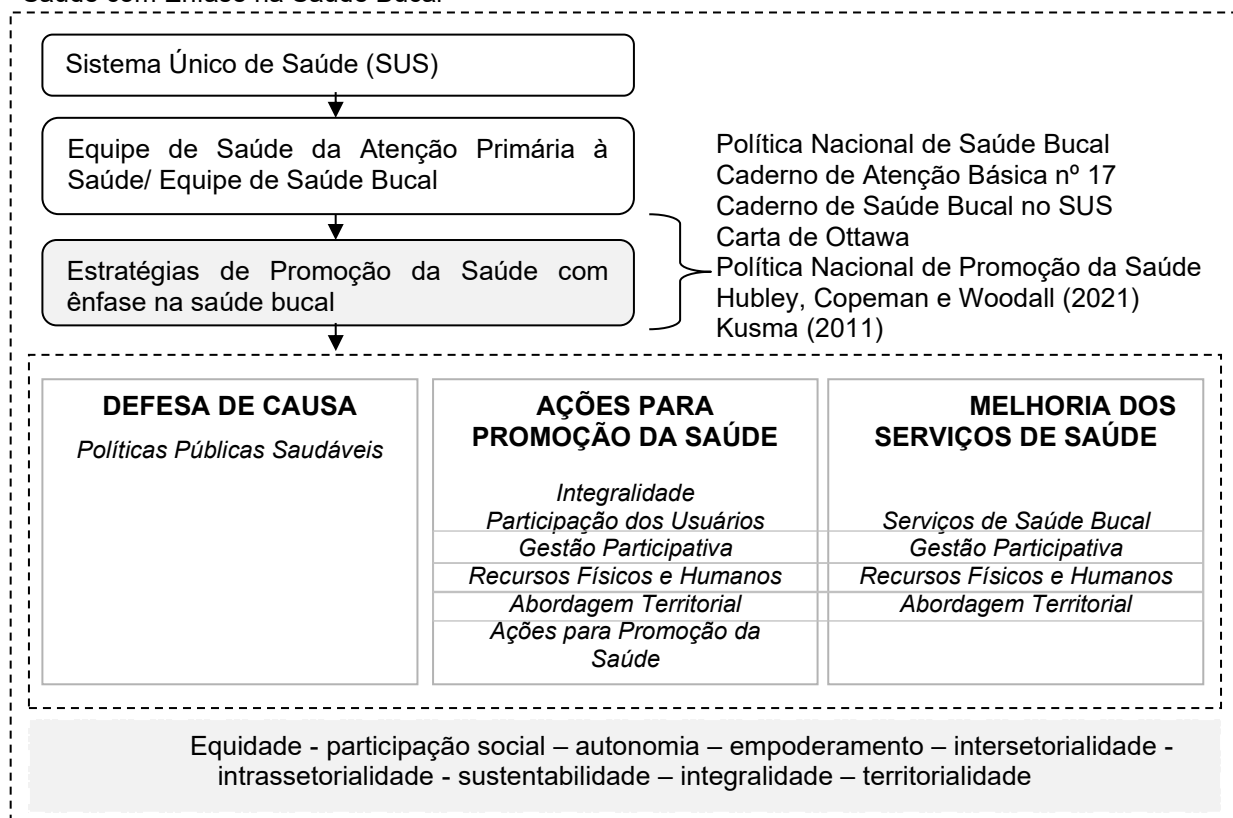
Todos os especialistas concordaram em participar da pesquisa, expressando sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: Parecer nº 6.538.626; CAAE 75158523.6.0000.0121.

RESULTADOS

As estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, não estão estruturadas como um programa ou política específica. Inclusive, ações voltadas para a saúde bucal não são nem mencionadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Contudo, os documentos normativos e a literatura científica possibilitaram a identificação dos objetivos, das ações a serem realizadas, dos envolvidos no desenvolvimento, dos recursos necessários para garantir a operacionalização e dos resultados esperados a partir da implementação dessas estratégias.

O instrumento elaborado e validado foi intitulado de Instrumento de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde, com Ênfase em Saúde Bucal (IAI-PS-SB). Seu nível de análise se concentra na Equipe de Saúde da Atenção Primária à Saúde com Equipe de Saúde Bucal (ESB), visto que as fontes de evidência provêm de diferentes profissionais envolvidos nesse nível de atenção ou a ele vinculado. Em outras palavras, o instrumento possibilita a emissão de juízos de valor sobre a implementação dessas estratégias nesse nível de análise. Todos os itens do instrumento abordam aspectos relacionados à implementação das estratégias de promoção da saúde e à operacionalização dessas práticas no contexto da APS. Para a aplicação do *IAI-PS-SB*, é necessária a coleta de dados primários. O MT das estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, desenvolvido e validado, está apresentado na Figura 1.

Figura 1. Modelo Teórico de Avaliação da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase na Saúde Bucal



Fonte: Elaborado pelas autoras

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS, incluindo a ESB, é, sem dúvida, um locus privilegiado para a implementação dessas estratégias. No MT

são apresentados os documentos normativos e científicos para organizar as estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal. As ações estão divididas em três dimensões: Defesa de Causa, Ações para Promoção da Saúde e Melhoria dos Serviços de Saúde. A dimensão Defesa de Causa está relacionada à operacionalização das políticas públicas saudáveis voltadas para a promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na atenção primária à saúde. A Ações para Promoção da Saúde contempla ações intrasetoriais, intersetoriais e territorializadas para o desenvolvimento da autonomia das pessoas, do fortalecimento da participação dos usuários e da resolução dos problemas que atinjam o território. A Melhoria dos Serviços de Saúde está relacionada à disponibilidade de serviços odontológicos adequados, acessíveis e apropriados em qualidade e quantidade

As dimensões Ações para Promoção da Saúde e Melhoria dos Serviços de Saúde, possuem três subdimensões em comum, porém com indicadores diferentes: “Gestão Participativa”, “Recursos Físicos e Humanos” e “Abordagem Territorial”. Essas subdimensões devem ser avaliadas conjuntamente, com emissão de um único juízo de valor por subdimensão, incluindo os indicadores de ambas as dimensões.

As estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal devem incluir em sua essência todos os princípios da promoção da saúde. Se as dimensões apresentadas estiverem bem implementadas, auxiliarão na criação de ambientes favoráveis para que as pessoas façam escolhas saudáveis e estejam engajadas com a sua própria saúde.

A MA conta com 11 subdimensões e 42 indicadores, com seus respectivos parâmetros, escores por indicador (Quadro 1) e medidas (Quadro 2). As fontes de evidência são profissionais de Equipes de Saúde da APS e gestores municipais do serviço de saúde bucal.

Quadro 1. Matriz Avaliativa (MA) da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase na Saúde Bucal, contendo dimensões, subdimensões, indicadores (com escores), parâmetros e as fontes de evidências.

Sub.	Indicadores	Parâmetro	Escore do indicador
Dimensão Defesa de Causa			
Políticas Públicas Saudáveis	1. Heterocontrole do Flúor na Água de Abastecimento Público	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.:0 (0 pt)
	2. Políticas que assegurem Acesso à Alimentos Saudáveis	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 8 (4 pts) Int.: 4 (2 pts) Inc.:0 (0 pt)
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	

	3. Políticas que assegurem o Acesso aos Itens de Higiene Bucal	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.:0 (0 pt)
	4. Políticas de incentivo à Eliminação do Tabagismo	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.:0 (0 pt)
	5. Política para incentivar a redução do consumo nocivo de álcool	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.:0 (0 pt)
6. Dimensão Ações para Promoção da Saúde			
<i>Ações para a Promoção em Saúde</i>	7. Ações de educação em saúde	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	8. Programa Saúde na Escola	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	9. Ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por ACS	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc: 0-1 (0 pt)
	10. Atividades comunitárias	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	11. Trabalho com grupos	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
<i>Integralidade</i>	12. Articulação intrassetorial	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	13. Articulação intersectorial	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc: 0-1 (0 pt)
<i>Envolvimento dos Usuários</i>	14. Engajamento dos Usuários	Likert Frequência	Av.: 9-12 (4 pts) Int.: 4-8 (2 pts) Inc: 0-3 (0 pt)
		Likert Frequência	
		Likert Frequência	
	15. Presença dos Usuários	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc: 0-1 (0 pt)
<i>Gestão Participativa</i>	16. Planejamento das ações para promoção em saúde	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	17. Monitoramento das ações para promoção em saúde	Likert Frequência	Av.: 9-12 (4 pts) Int.: 4-8 (2 pts) Inc: 0-3 (0 pt)
		Likert Frequência	
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
	18. Avaliação das ações para promoção em saúde	Likert Frequência	Av.: 11-16 (4 pts) Int.: 6-10 (2 pts) Inc.: 0-5 (0 pts)
		Likert Frequência	
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	19. Disponibilidade de Materiais	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	20. Suficiência da carga horária	Insuf. (0 pt) Parcial. Suf. (2 pts) Suf. (4 pts)	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2 (2 pts) Inc.: 0 (0 pt)
	21. Existência de Espaços Coletivos	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.:0 (0 pt)
	22. Educação Permanente	Não (0 pt) Sim, não suf. (2 pts) Sim (4 pts)	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc: 0-2 (0 pts)
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
<i>Abordagem Territorial</i>	23. Perfil Epidemiológico da Condição Bucal da População Adscrita	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	24. Perfil Epidemiológico da Condição de Saúde da População Adscrita	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	25. Perfil Socioeconômico da População Adscrita	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)

	26. Identificação das Necessidades e Demandas no Território	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	27. Priorização de Ações voltadas para Grupos em situações mais vulneráveis no Território	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
28. Dimensão Melhorias dos Serviços de Saúde			
<i>Serviço de Saúde Bucal</i>	29. Oferta de Procedimentos Odontológicos	100% (4 pts) <100% (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.: 0 (0 pt)
	30. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Realiza (4 pts) Só encaminha (2 pts) Não realiza (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	31. Modelo de Atenção à Saúde	≥80% (4 pts) ≤50% (0 pt) Demais situações (2 pts)	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	32. Acesso aos serviços de Saúde Bucal	>70% (4 pts) 50 e 70% (2 pts) <50% (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	33. Acessibilidade aos Serviços de Saúde Bucal	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 8 (4 pts) Int.: 4 (2 pts) Inc.: 0 (0 pt)
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
	34. Atenção Especializada	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.: 0 (0 pt)
<i>Gestão Participativa</i>	35. Planejamento para Organização do Serviço de Saúde Bucal	Likert Frequência	Av.: 9-12 (4 pts) Int.: 4-8 (2 pts) Inc.: 0-3 (0 pt)
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
		Sim (4 pts) Não (0 pt)	
	36. Monitoramento do Serviço de Saúde Bucal	Likert Frequência	Av.: 9-12 (4 pts) Int.: 4-8 (2 pts) Inc.: 0-3 (0 pt)
		Likert Frequência	
		Likert Frequência	
	37. Avaliação do Serviço de Saúde Bucal	Likert Frequência	Av.: 11-16 (4 pts) Int.: 6-10 (2 pts) Inc.: 0-5 (0 pt)
		Likert Frequência	
		Likert Frequência	
	38. Pesquisas de satisfação com os usuários para reorganização do Serviço de Saúde Bucal	Likert Frequência	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc.: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
<i>Recursos Físicos e Humanos</i>	39. Perfil do Cirurgião-dentista para atuar na Equipe de Saúde Bucal	Sim/sim (4 pts) Não/não (0 pt) Sim/não (0 pt) Não/sim (0 pt)	Av.: 6-8 (4 pts) Int.: 3-5 (2 pts) Inc.: 0-2 (0 pt)
		Likert Frequência	
	40. Profissional Auxiliar em Saúde Bucal	1 ASB e 1 TSB (4 pts) 1 ASB ou TSB (2 pts) <1 ASB ou TSB (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)
	41. Adequação de Equipamentos e Periféricos	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.: 0 (0 pt)
	42. Adequação de Instrumentais e Insumos	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.: 0 (0 pt)

<i>Abordagem Territorial</i>	43. Territorialidade e População de Referência	Sim (4 pts) Não (0 pt)	Av.: 4 (4 pts) Inc.: 0 (0 pt)
	44. Análise da Situação Local de Saúde	Likert Frequência	Av.: 4 (4 pts) Int.: 2-3 (2 pts) Inc.: 0-1 (0 pt)

Likert Frequência = Nunca (0 pt); Raramente (1 pt); Ocasionalmente (2 pts); Frequentemente (3 pts); Muito frequentemente (4 pts). Av.: Avançado; Int.: intermediário; Inc. incipiente.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 2. Medidas dos indicadores da Matriz Avaliativa (MA) da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase na Saúde Bucal.

Ind c.nº	Medidas
I1	Existência de heterocontrole do flúor na água de abastecimento público no município
I2	Existência de política implementada no município que assegure acesso à alimentos saudáveis
	Existência de política implementada no município que incentive a redução do consumo de alimentos ricos em açúcar
I3	Existência de política implementada no município que assegure o acesso aos itens de higiene bucal
I4	Existência de política implementada no município que incentive a eliminação do tabagismo
I5	Existência de política implementada no município que incentive a redução do consumo de álcool
I6	Frequência da realização de ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais
	Frequência da participação da ESB nas ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais
I7	Existência de adesão ao PSE
	Frequência da participação da ESB nas ações do PSE
I8	Frequência da realização de ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por ACS
I9	Frequência da realização de atividades comunitárias
	Frequência da participação da ESB nas atividades comunitárias
I10	Frequência da realização de trabalho com grupos
	Frequência da participação da ESB dos trabalhos com grupos
I11	Frequência da articulação intrasectorial na construção de ações para a promoção da saúde
	Frequência da participação da ESB na construção de ações para a promoção da saúde
I12	Frequência de articulação intersetorial na construção de ações para a promoção da saúde
I13	Frequência de participação dos usuários na definição das ações para a promoção da saúde a serem desenvolvidas
	Frequência de consulta dos valores e saberes populares no processo de condução das ações para a promoção da saúde
	Frequência em que as sugestões dos usuários são consideradas no processo de condução das ações para promoção da saúde
I14	Frequência da participação dos usuários nas ações para promoção da saúde desenvolvidas
I15	Frequência em que as ações para promoção da saúde são planejadas
	Frequência em que usuários participam do processo de planejamento das ações para promoção da saúde
I16	Frequência em que as ações para promoção da saúde são monitoradas
	Frequência da participação da ESB do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde
	Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde
I17	Frequência em que as ações para promoção da saúde são avaliadas
	Frequência da participação da ESB no processo de avaliação das ações para promoção da saúde
	Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de avaliação das ações para promoção em saúde
	Frequência em que os resultados das avaliações das ações para promoção da saúde são apresentados e discutidos no Conselho de Saúde Local ou Municipal
I18	Disponibilidade dos materiais para a execução ação para promoção da saúde

I19	Suficiência da carga-horária dos profissionais destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde
I20	Existência espaços coletivos realização das atividades coletivas
I21	Oferta de ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde
	Existência de incentivo a participação de educação permanente relacionadas à promoção da saúde
I22	Frequência em que o perfil epidemiológico da condição bucal (agravos bucais mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde
I23	Frequência em que o perfil epidemiológico da condição de saúde (comorbidades mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde
I24	Frequência em que o perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde
I25	Frequência em que as necessidades e demandas no território são identificadas para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde
I26	Frequência em que há priorização de ações voltadas para famílias/grupos em situações mais vulneráveis no território
I27	Oferta de procedimentos odontológicos básicos listados*
I28	ESB realiza ou encaminha os usuários para realizar PICS
I29	Existência de um modelo de atenção compatível com os preceitos da ESF
I30	Cobertura populacional por ESB (nº de ESB* 3.450: população de cada região*100)
I31	Existência de agendamento da primeira consulta odontológica
	Existência de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico
I32	Existência de referência para o CEO/SESB
	Frequência em que ocorre o planejamento para a organização do serviço de saúde bucal
I33	Existência da possibilidade de outros profissionais, fora da área saúde bucal, participarem do processo de planejamento para a organização do serviço de saúde bucal
	Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de planejamento para a organização do serviço de saúde bucal
	Frequência em que ocorre o monitoramento do serviço de saúde bucal
I34	Frequência em que outros profissionais, fora da área saúde bucal, participam do processo de monitoramento do serviço de saúde bucal
	Frequência em que os usuários participam do processo de monitoramento do serviço de saúde bucal
	Frequência em que ocorre avaliação do serviço de saúde bucal
I35	Frequência em que outros profissionais, fora da área saúde bucal, participam do processo de avaliação do serviço de saúde bucal
	Frequência em que os usuários participam do processo de avaliação do serviço de saúde bucal
	Frequência em que os resultados das avaliações dos serviços de saúde bucal são discutidos e apresentados no Conselho Local ou Municipal
I36	Frequência em que são realizadas pesquisas de satisfação com os usuários
	Frequência em que os resultados das pesquisas de satisfação com os usuários são usados para reorganização do serviço de saúde bucal
I37	Título de especialista, mestre ou doutor em saúde da família ou saúde coletiva/pública e participação em cursos de preparação/congresso voltados para o trabalho na ESF nos últimos 5 anos
	Frequência de participação em ações de educação permanente voltados para o trabalho na ESF
I38	Existência de ASB e TSB para cada CD
I39	Quantidade de cadeiras odontológicas, equipo, unidade auxiliar e refletor em funcionamentos compatíveis com a quantidade de ESB atuantes na UBS
I40	Relato de o profissional ter deixado de atender devido à falta de insumo e/ou instrumentais nos últimos 6 meses
I41	Existência território definido e população de referência para a ESB
I42	Frequência em que o serviço de saúde bucal é organizado a partir da análise situação de saúde da população adscrita

ESB: equipe de saúde bucal; SB: saúde bucal; PSE: programa saúde na escola; CEO: centro de especialidades odontológicas; SESB: serviço de especialidades em saúde bucal; ASB: auxiliar em saúde bucal; TSB: técnico em saúde bucal; CD: cirurgião-dentista; Enf.: enfermeiro; ACS: agente

comunitário da saúde; PICS Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; ESF: estratégia saúde da família; UBS: unidade básica de saúde.

*Procedimentos listados: Atendimento às urgências odontológicas; Exodontias de dente permanente; Exodontia de dente decíduo; Restaurações em resina composta/amálgama/ionômero de vidro; Acesso à polpa; Aplicação de flúor; Aplicação de selante ionomérico; Remoção de sutura; Raspagem, alisamento e polimento supragengival; Detecção de lesão bucal; Ajustes de próteses que estão causando lesão ou desconforto; Cimentação de prótese.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na MAJ, estão listados a pontuação máxima esperada e a soma (Σ) dos escores para o julgamento das subdimensões, dimensões e implementação (Quadro 3). Ao final, cada indicador, subdimensão, dimensão e as estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, deve ser avaliado quanto ao grau de implementação, como “Avançado”, “Intermediário” ou “Incipiente”, dependendo da pontuação obtida.

Quadro 3. Matriz de Análise e de Julgamento (MAJ) da Implementação das Estratégias de Promoção da Saúde com Ênfase na Saúde Bucal, contendo a soma (Σ) dos escores para o julgamento por subdimensão, dimensão e implementação.

Indc.nº	Resultado da subdimensão	Resultado da dimensão	Resultado da implementação
Dimensão: Defesa de Causa		Σ Escores Av.: 20 (20 pts) Int.: 10 (10 pts) Inc.: 0 (0 pts)	Σ Escores Av.: 40-60 Int.: 20-39 Inc.: 0-19
Políticas Públicas Saudáveis			
I1, I2, I3, I4 e I5	Av.: 14-20 (20 pts) Int.: 8-13 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)		
Dimensão: Ações para Promoção da Saúde		Σ Escores Av.: 81-120 (20 pts) Int.: 40-80 (10 pts) Inc.: 0-39 (0 pts)	
Ações para a Promoção em Saúde			
I6, I7, I8, I9 e I10	Av.: 14-20 (20 pts) Int.: 8-13 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)		
Integralidade			
I11 e I12	Av.: 6-8 (20 pts) Int.: 3-4 (10 pts) Inc.: 0-2 (0 pts)		
Envolvimento dos Usuários			
I13 e I14	Av.: 6-8 (20 pts) Int.: 3-4 (10 pts) Inc.: 0-2 (0 pts)		
Gestão Participativa			
I15, I16, I17, I33, I34, I35 e I36	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)		
Recursos Físicos e Humanos			
I18, I19, I20, I21, I37, I38, I39 e I40	Av.: 22-32 (20 pts) Int.: 11-21 (10 pts) Inc.: 0-10 (0 pts)		
Abordagem Territorial			
I22, I23, I24, I25, I26, I41 e I42	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts))		
Dimensão: Melhorias dos Serviços de Saúde		Σ Escores Av.: 54-80 (20 pts)	
Serviço de Saúde Bucal			

I27, I28, I29, I30, I31 e I32	Av.: 17-24 (20 pts) Int.: 8-16 (10 pts) Inc.: 0-7 (0 pts)	Int.: 27- 53 (10 pts) Inc.: 0-26 (0 pts)
<i>Gestão Participativa</i>		
I33, I34, I35, I36, I15, I16 e I17	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)	
<i>Recursos Físicos e Humanos</i>		
I37, I38, I39, I40, I18, I19, I20 e I21	Av.: 22-32 (20 pts) Int.: 11-21 (10 pts) Inc.: 0-10 (0 pts)	
<i>Abordagem Territorial</i>		
I41, I42, I22, I23, I24, I25 e I26	Av.: 20-28 (20 pts) Int.: 9-19 (10 pts) Inc.: 0-8 (0 pts)	

Av.: Avançado; Int.: intermediário; Inc. incipiente.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

O instrumento IAI-PS-SB tem potencial para verificar o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, em diferentes contextos. O IAI-PS-SB também permite identificar as facilidades e fragilidades dessas estratégias, bem como possíveis lacunas de implementação. Este instrumento pode ser uma ferramenta útil para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e para a identificação dos aspectos vulneráveis.

O potencial do *IAI-PS-SB* está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁶, que orienta a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no contexto dos serviços de atenção básica. Isso ocorre por meio de ações intrasetoriais e intersetoriais (Ministério da Saúde, 2018). Nesse sentido, o *IAI-PS-SB* abrange diversas fontes de evidência vinculadas à APS. O desenvolvimento de ações de promoção da saúde, sem dúvida, envolve um processo dinâmico de troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diferentes atores envolvidos, com o objetivo de enfrentar questões sanitárias de forma integrada (Moretti *et al.*, 2010).

A literatura científica, contudo, aponta como um grande desafio o desenvolvimento de ações que promovam a saúde bucal da população, com a participação ativa dos profissionais da odontologia, de forma articulada com outros saberes (Moretti *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2022; Amarante *et al.*, 2024). Ou seja, as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal devem estar

integradas a outras práticas de saúde e setores, para que se assegure o princípio da integralidade, intrasetorialidade e intersectorialidade (Silveira *et al.*, 2016).

Os indicadores inseridos no instrumento também corroboram com outras prerrogativas da PNSB (Ministério da Saúde, 2018) e da OMS (2021), ao considerar a importância da abordagem territorial, da participação social e do empoderamento dos sujeitos.

A territorialidade considera as singularidades e especificidades de cada localidade. Trata-se de uma expressão fundamental da prática e das ações de promoção da saúde⁶ e uma ferramenta para o planejamento de ações de saúde, uma vez que possibilita conhecer aspectos econômicos, sociais e os principais problemas de saúde da população, permitindo que atividades e intervenções voltadas às necessidades das comunidades sejam desenvolvidas (Araújo *et al.*, 2017)

A participação social, por sua vez, possibilita o empoderamento dos sujeitos. Em termos práticos, os indivíduos devem participar das decisões. Trata-se da tênue relação entre o potencial de participação e a distribuição de poder nos espaços de promoção da saúde (Souza *et al.*, 2014). Isso se operacionaliza com a participação dos usuários nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das estratégias de promoção da saúde.

A democratização da gestão, conforme exposto na Política Nacional de Humanização (PNH), exige a participação dos usuários, adotando um modelo de gestão participativa que envolve diversos indivíduos nos processos de análise e decisão (Ministério da Saúde, 2013). Essa abordagem foca no trabalho em equipe e na construção coletiva, assegurando que o poder seja efetivamente compartilhado por meio de análises e decisões conjuntas, o que fortalece a colaboração entre os envolvidos no cuidado em saúde (Pinto-Filho, 2019).

Chama a atenção o fato de o IAI-PS-SB constituir dimensões que permitem identificar os aspectos relacionados às melhorias dos serviços de saúde bucal e à existência de políticas públicas voltadas para a saúde bucal. A Carta de Ottawa (OMS, 1986) destaca a reorientação dos serviços de saúde e a implementação de políticas públicas saudáveis como estratégias prioritárias da promoção da saúde (OMS, 2021; Kumar, Preetha, 2012). Esses elementos são essenciais para a saúde bucal da população e integram o escopo mais amplo da promoção da saúde.

A melhoria dos serviços de saúde significa a possibilidade de mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços, para que estes sejam mais efetivos, acessíveis e aceitáveis para a comunidade (Hubley *et al.*, 2021). Além disso, implica que o serviço de saúde deve desenvolver, além das atividades ambulatoriais, ações que promovam a saúde dos usuários (Haugan, Eriksson, 2021). Um modelo de atenção à saúde altamente especializado e centrado na cura da doença não favorece a promoção da saúde. Ao contrário, recomenda-se a superação do modelo biomédico, centrado na doença e na assistência curativa (Buss *et al.*, 2020). Serviços de saúde que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF), com Equipes de Saúde Bucal (ESB) como modelo de atenção favorecem a implementação de estratégias de promoção da saúde.

As políticas públicas saudáveis, por sua vez, são definidas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que refletem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais de interesse público (Lucchese, Aguiar, 2002).

Elas podem se manifestar de diversas formas, incluindo legislações, mudanças organizacionais, taxações e medidas fiscais, por meio de ações intersetoriais que buscam promover a equidade em saúde (Buss *et al.*, 2020). As políticas públicas voltadas para a saúde bucal são fundamentais para promover o bem-estar coletivo e criar ambientes saudáveis. Elas não apenas influenciam a adoção de estilos de vida mais saudáveis, mas também facilitam o acesso a cuidados de saúde para todos, contribuindo assim para a redução das desigualdades. Trata-se de uma estratégia importante para melhorar a saúde da população.

Destaca-se também o fato de todos os aspectos avaliados no IAI-PS-SB terem considerado de modo indireto os princípios e os valores da promoção da saúde (Carvalho *et al.*, 2017; Kusma *et al.*, 2012). Conforme a PNPS, todas as práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde devem ser orientadas por esses valores e princípios (Ministério da Saúde, 2018). Esses elementos reforçam a importância de uma abordagem holística e ética na promoção da saúde, contribuindo para um bem-estar geral mais efetivo e duradouro.

O instrumento IAI-PS-SB pode auxiliar em pesquisas e no planejamento e desenvolvimento das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na saúde bucal, permitindo conhecer os pontos fortes e frágeis da implementação de tais

estratégias. De fato, o IAI-PS-SB pode subsidiar o preenchimento de uma lacuna de pesquisa no que tange à dificuldade e carência de métodos avaliativos no contexto da promoção da saúde na saúde bucal. Como limitações, a aplicação deste modelo carece de coleta de dados primários, inviabilizando sua aplicação em grande escala.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, L. F. et al. **Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, p. 1-14, 2024.
- ARAÚJO, G. B. et al. **Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de Medicina: relato de experiência**. Sanare, Sobral, v. 16, n. 1, p. 124-129, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf> Acesso em: 10 jan.2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 10 jan.2025.
- BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BUSS, P. M. et al. **Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.
- CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. S.; AKERMAN, M. **Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 265-276, 2017.
- HAUGAN, G.; ERIKSSON, M. (Org.). **Health promotion in health care – vital theories and research**. Gewerbestrasse, Switzerland: Springer, 2021.
- HUBLEY, J.; CODEMAN, J.; WOODALL, J. (Org.). **Practical health promotion**. 3. ed. Cambridge: Polity, 2021.

- KUMAR, S.; PREETHA, G. R. **Health promotion: an effective tool for global health**. Indian Journal of Community Medicine, New Delhi, v. 37, n. 1, p. 5-12, 2012.
- KUSMA, S. Z. **Avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde: validação de uma ferramenta**. 2011. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.
- KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. **Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a SB na atenção primária em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, p. 9-19, 2012.
- LUCHESI, P. T. R.; AGUIAR, D. S. **Descrição introdutória ao tema**. In: LUCHESI, P. T. R. (Org.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. p. 3-10.
- McMILLAN, S. S.; KING, M.; TULLY, M. P. **How to use the Delphi technique**. International Journal of Clinical Pharmacy, Dordrecht, v. 38, n. 3, p. 655-661, 2016.
- MORETTI, A. C. et al. **Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1827-1834, 2010.
- NIRANJAN, V. R. et al. **Oral Health Promotion: Evidences and Strategies**. In: MANAKIL, J. F. (Org.). *Insights Into Various Aspects of Oral Health*. 1. ed. London: InTech, 2017. p. 194-217.
- OLIVEIRA, M. T. P. et al. **Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-18, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa: World Health Organization, 1986. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 10 jan.2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>>. Acesso em: 07 jan.2025.
- PINTO-FILHO, F. V. **O impacto do compliance na gestão dos negócios**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Tecnologia de Americana, Americana, 2019.

SILVEIRA FILHO, A. D. et al. **Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 851-865, 2016.

SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F. P. **Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

SPRANGER, J. A. et al. **Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: a methodological review.** Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Amsterdã, v. 172, p. 1-11, 2022.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. **Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned.** Canadian Journal of Program Evaluation, Ottawa, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. **Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-228, 2007.

APÊNDICE B – TCLE (OFICINA DE CONSENSO)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros. O título dessa pesquisa é “Avaliação da Implementação de Estratégias de Promoção da Saúde com ênfase na Saúde Bucal em diferentes contextos brasileiros” e está associada ao projeto de doutorado de Luiza Rahmeier Fietz Rios, sob orientação da professora Claudia Flemming Colussi e coorientação da professora Solena Ziemer Kusma. Esta pesquisa se compromete a seguir a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF, que trata da Ética na Pesquisa com Seres Humanos.

Se você aceitar participar da pesquisa, você irá colaborar com a pesquisa, no sentido de avaliar o instrumento de avaliação proposto pelas autoras. Ao todo, serão 35 indicadores, subdivididos em 10 subdimensões e 3 dimensões. Esta análise poderá ser feita em qualquer lugar, através de um computador ou smartphone com acesso à internet e não há necessidade de concluir num mesmo dia.

Seu nome não será divulgado em nenhum momento durante ou após o término da pesquisa. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou publicados em revistas científicas de forma consolidada.

A participação nesta pesquisa poderá expô-lo(a) a riscos mínimos como cansaço ou constrangimento pela exposição de opiniões pessoais. Para diminuir esses riscos, a análise poderá ser interrompida a qualquer momento caso esteja muito longa, sendo retomada em outro momento mais conveniente para você. Se acontecer algum dano devido à pesquisa, você será compensado e terá apoio e suporte adequado pelas pesquisadoras. Suas ideias e opiniões jamais estarão vinculadas ao seu nome, que será mantido sempre sob sigilo. A sua participação ou não nessa pesquisa não trará nenhum prejuízo ou benefício.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, a sua participação auxiliará na elaboração de um modelo avaliativo relativo às estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, que contribuirão para o aprofundamento do tema e elaboração de estratégias que subsidiem a atuação dos cirurgiões-dentistas na sua execução.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos. Contudo, eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente.

Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá qualquer prejuízo atual ou futuro.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Além disso, você tem garantido o direito a solicitar indenização.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Luiza Rahmeier Fietz Rios, pelo telefone (48) 998850-0110, ou na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis/SC, com a Claudia Flemming Colussi, pelo telefone (48) 3721-9388.

Eu, li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecida e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Avaliação da Implementação de Estratégias de Promoção da Saúde com ênfase na Saúde Bucal em diferentes contextos brasileiros”.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora orientadora: _____

Assinatura da pesquisadora doutoranda: _____

APÊNDICE C – TCLE (ENTREVISTA)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros. O título dessa pesquisa é “Avaliação da Implementação de Estratégias de Promoção da Saúde com ênfase na Saúde Bucal em diferentes contextos brasileiros” e está associada ao projeto de doutorado de Luiza Rahmeier Fietz Rios, sob orientação da professora Claudia Flemming Colussi, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Esta pesquisa se compromete a seguir a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF, que trata da Ética na Pesquisa com Seres Humanos.

Se você aceitar participar da pesquisa, você responderá a uma entrevista, que será gravada em áudio e posteriormente os áudios serão transcritos. O tempo estimado de duração da entrevista é de aproximadamente 1 hora. O local da entrevista será em local reservado, de sua escolha e preferência.

Seu nome será associado a um número de identificação, e não será divulgado em nenhum momento durante ou após o término da pesquisa. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá sob a guarda dos pesquisadores, e todas as medidas para a garantia do sigilo sobre sua identidade serão tomadas. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados.

A participação nesta pesquisa poderá expô-lo(a) a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto na entrevista ou constrangimento pela exposição de opiniões pessoais. Para diminuir esses riscos, a entrevista será realizada num horário e local em que você se sinta confortável, e poderá ser interrompida a qualquer momento caso esteja muito longa, sendo retomada em outro momento mais conveniente para você. Se acontecer algum dano devido à pesquisa, você será compensado e terá apoio e suporte adequado pelas pesquisadoras. Suas ideias e opiniões jamais estarão vinculadas ao seu nome, que será mantido sempre sob sigilo. Portanto, você não estará exposto(a) ao emitir suas opiniões pessoais. A sua participação ou não nessa pesquisa não trará nenhum prejuízo ou benefício em relação ao seu trabalho.

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. A quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional deve ser considerada. Contudo, as pesquisadoras pretendem garantir a manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases desta pesquisa, por meio da anonimização dos dados. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou publicados em revistas científicas de forma consolidada, sem qualquer identificação dos participantes.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, a sua participação fornecerá informações importantes relativas à promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, que contribuirão para o aprofundamento do tema e elaboração de estratégias que subsidiem a atuação dos cirurgiões-dentistas na sua execução. Ao identificar os fatores que facilitam e que dificultam a implementação dessas ações, você poderá contribuir para a discussão das estratégias e ações necessárias para facilitar e estimular a execução das ações de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos. Contudo, eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente.

Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá qualquer prejuízo atual ou futuro para você ou em relação à função que exerce no município.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Além disso, você tem garantido o direito a solicitar indenização.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em revistas e apresentados em eventos científicos, contudo será apresentado de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Além disso, as pesquisadoras se comprometem a apresentar um relatório dos resultados obtidos no seu município de atuação, para que possa subsidiar a gestão local.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Luiza Rahmeier Fietz Rios, pelo telefone (48) 998850-0110, ou na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis/SC, com a Claudia Flemming Colussi, pelo telefone (48) 3721-9388 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), pelo telefone (48) 3721-6094, ou no 7º andar do Prédio Reitoria II, sala 701, de segunda à sexta, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Esse Termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

() Concordo com o registro da minha voz.

() Não concordo com o registro da minha voz.

Eu, _____, li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecida e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Avaliação da Implementação de Estratégias de Promoção da Saúde com ênfase na Saúde Bucal em diferentes contextos brasileiros”.

_____ (município), _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora orientadora: _____

Assinatura da pesquisadora doutoranda: _____

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

QUESTIONÁRIO

CIRURGIÕES-DENTISTAS DA APS

1 - DADOS DO RESPONDENTE E DA UBS

1.1 - Qual a sua idade?

1.2 - Qual o seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

1.3 - Qual a sua escolaridade? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Residência
- ☐ Ensino superior completo (curso odontologia)
- ☐ Especialização
- ☐ Doutorado
- ☐ Mestrado
- ☐ Outro

1.4 - Especifique a área da sua maior titulação (por exemplo, especialização em endodontia ou mestrado em saúde coletiva):

1.5 - Em que ano você se formou em odontologia?

1.6 - Possui pós-graduação (residência, especialização, mestrado ou doutorado) em **Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família**?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.7 - Qual foi o último congresso ou curso relacionado à Atenção Primária à Saúde (APS) que você participou? Por favor, especifique o nome e a data

1.8 - Você trabalha em qual município?

- ☐ Cascavel, Paraná
- ☐ Imperatriz, Maranhão
- ☐ Dourados, Mato Grosso do Sul

1.9 - Há quanto tempo você trabalha como CD na APS, independentemente do município ou da UBS?

1.10 - Há quanto tempo você trabalha como CD na sua atual Unidade Básica de Saúde (UBS)?

1.11 - Quantos equipos (cadeira odontológica, unidade auxiliar e refletor) estão em funcionamento na sua UBS?

1.12 - Você já deixou de atender devido à falta de insumos e/ou instrumentais nos últimos 6 meses?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.13 - Quantas Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuam na sua UBS?

1.14 - Qual a carga horária das Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atuam na sua UBS (especifique quantas ESB são 40h, quantas são 30h e quantas são 20h)

1.15 – Existe território definido e população de referência para a ESB?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.16 - A sua ESB é responsável por quantas pessoas?

2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.1 - Com que frequência você costuma participar de ações de educação permanente voltadas para o trabalho na APS?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica (Não são ofertadas ações de educação permanente voltados para o trabalho na APS)

2.2 - Há oferta de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde em seu município?

- ☐ Há oferta suficiente
- ☐ Há oferta, mas não é suficiente
- ☐ Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.3 - Quais das seguintes modalidades de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde são oferecidas em seu município? (Você pode selecionar mais de uma opção)

- ☐ Telessaúde
- ☐ EAD/UNASUS
- ☐ Cursos presenciais
- ☐ Troca de experiência
- ☐ Tutoria/preceptoria relacionadas à promoção da saúde
- ☐ Incentivo à participação em eventos científicos
- ☐ Incentivo à ingresso em pós-graduações

- ☐ Outro
- ☐ Não se aplica. Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.4 - Há incentivo à participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica (não são ofertadas ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde)
- ☐ Não sei. Se houver, eu desconheço

2.5 - Que tipos de incentivo são oferecidos para a participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Carga horária liberada para participação das atividades
- ☐ Pagamento de cursos
- ☐ Progressão funcional/incentivo salarial
- ☐ Não há incentivo
- ☐ Outro: _____

A sua ESB realiza Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), ou encaminha os usuários para realizá-las?

- ☐ Realiza
- ☐ Não realiza, mas encaminha
- ☐ Não realiza, nem encaminha
- ☐ Não há oferta de PICs no município
- ☐ Não sei responder

3 - PROCESSO DE TRABALHO

3.1 - Em relação ao **modelo de atenção à saúde**, leia as afirmativas abaixo e assinale a opção que melhor representa a situação do serviço de saúde bucal na sua UBS.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não sei responder
Todas as pessoas que buscam atendimento no serviço de saúde bucal são atendidas						
Há território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal						
É considerado o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população e as doenças mais prevalentes na						

organização e planejamento do serviço de saúde bucal						
Os dados epidemiológicos são bem utilizados para a classificação de risco dos usuários no serviço de saúde bucal						
A maioria dos usuários tem o tratamento odontológico concluído						
As áreas de risco do território são mapeadas						
É feito o monitoramento dos indicadores de saúde para a organização do serviço de saúde bucal						
São realizadas ações para promoção da saúde						
São realizadas ações de prevenção aos agravos bucais frequentemente						
São realizadas ações de educação em saúde bucal frequentemente						
“Restauração” é o procedimento mais realizado em dentes permanentes						
“Restauração” é o procedimento mais realizado em dentes decíduos						
Realiza-se mais acesso à polpa em dentes permanentes do que exodontias						

3.2 - Há uma forma para agendar a **primeira consulta odontológica** na sua UBS?

- ☐ Sim
☐ Não

3.2.1 - Você poderia explicar como é feito o agendamento da **primeira consulta odontológica** na sua UBS?

3.3 - Há uma forma de agendamento de consulta para a **continuidade do tratamento odontológico** após a primeira consulta na sua UBS?

- ☐ Sim
☐ Não

3.3.1 - Você poderia explicar como é feito o agendamento de consultas para a **continuidade do tratamento odontológico** na sua UBS?

3.4 - Há referência para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB)?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

3.5 - Há referência para atenção hospitalar?

- ☐ Sim
☐ Não

- ☐ Não sei

3.6 - Com que frequência a sua equipe realiza o planejamento para a organização do serviço de saúde bucal?

- ☐ Muito frequentemente
☐ Frequentemente
☐ Ocasionalmente
☐ Raramente
☐ Nunca
☐ Não sei responder

3.7 - Quem normalmente participa do planejamento para a organização do serviço de saúde bucal na sua UBS? Você pode escolher mais de uma opção

- ☐ O(s) Cirurgião(ões)-dentista(s)
☐ A equipe auxiliar (Auxiliar de Saúde Bucal e/ou Técnico de Saúde Bucal)
☐ Outros profissionais de saúde da APS
☐ Outros profissionais de saúde das eMulti
☐ Usuários
☐ Agentes Comunitários de Saúde
☐ Outro:

4 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.1 - São desenvolvidas ações para promoção da saúde no seu território de atuação?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei responder
☐ Não entendo o que são ações para promoção da saúde

4.1.1 - Se vocês realizam ações para promoção da saúde, quais são as desenvolvidas em seu território de atuação? Caso não realizem, escreva 'não realizamos'

4.1.2 - As ações para promoção da saúde mencionadas aconteceram nos últimos seis meses?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei
☐ Não se aplica. Não são realizadas ações para promoção da saúde

4.2 - Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades para o desenvolvimento dessas ações? Caso não realizem, escreva 'não realizamos'

4.3 - Em relação ao planejamento das ações para promoção da saúde na sua UBS, avalie as ações abaixo e responda a melhor opção no que se refere a frequência da realização dela.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
As ações para promoção da saúde são planejadas							
Os usuários participam do processo de planejamento das ações para promoção da saúde							

4.4 - Em relação à construção das ações para a promoção da saúde na sua UBS, responda às questões abaixo.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Com que frequência as ações para a promoção da saúde são construídas em conjunto com outros profissionais da saúde que atuam na UBS?							
Com que frequência a sua ESB participa da construção de ações para a promoção da saúde?							
Com que frequência outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde?							

4.4.1 - Quais outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde? (por exemplo: educação, assistência social, transporte, setor cultural e esportivo, setor de habitação, empresas, ONGs etc.)

4.5 - Entende-se que as ações para a promoção da saúde podem ter diferentes formatos, incluindo ações educativas, atividades comunitárias e trabalho com grupos. Sobre essas ações, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
A Equipe de Saúde da UBS realiza ações de							

educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais							
A sua ESB participa das ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais							
A Equipe de Saúde da UBS realiza ações do PSE							
Os ACS realizam ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal							
A Equipe de Saúde da UBS realiza atividades comunitárias							
A sua ESB participa das atividades comunitárias realizadas							
A Equipe de Saúde da UBS realiza atividades com grupos							
A sua ESB participa das atividades com grupos							

4.6 - Para se operar ações para promoção da saúde, faz-se importante a consideração pelas necessidades em saúde da população de um determinado território. Sobre isto, leia as afirmativas abaixo e responda a frequência que melhor representa a sua realização em seu território de atuação.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
O perfil epidemiológico da condição bucal (agravos bucais mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil epidemiológico da condição de saúde (comorbidades mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
As necessidades e demandas no território são identificadas para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde/ o serviço de saúde é organizado a partir da Análise da Situação de Saúde							
Há priorização de ações voltadas para famílias/grupos em situações mais vulneráveis no território							

4.7 - Com que frequência os materiais para a execução das ações para promoção da saúde estão disponíveis para os profissionais de saúde?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não sei
- ☐ Não se aplica (não são realizadas ações para promoção da saúde)

4.8 - Você considera que a carga horária dos profissionais destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde é suficiente?

- ☐ Sim, é suficiente
- ☐ É parcialmente suficiente
- ☐ Não é suficiente
- ☐ Não sei responder
- ☐ Não se aplica (não são realizadas ações para promoção da saúde)

4.9 - Em seu território de atuação, existem espaços coletivos/comunitários no território onde podem ser realizadas atividades coletivas?

- ☐ Sim, vários
- ☐ Sim, poucos
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

4.9.1 - Quais são os espaços coletivos/comunitários que vocês costumam utilizar?
Caso não haja, responda 'não usamos'

4.10 - Em relação à participação dos usuários nas ações para promoção da saúde em seu território de atuação, avalie as ações abaixo e escolha a opção que melhor se refere à frequência com que são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Os usuários participam da definição das ações para a promoção da saúde desenvolvidas							
Há consulta direta dos valores e saberes populares no processo de condução das ações para a promoção da saúde							
As sugestões dos usuários são consideradas no processo de condução das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam das ações para promoção da saúde desenvolvidas							

4.11 - Monitoramento é um acompanhamento contínuo, que possibilita ver se a intervenção está sendo executada conforme o planejado. Em relação ao monitoramento do serviço de saúde bucal, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
É realizado monitoramento do serviço de saúde bucal							
Outros profissionais, fora da área de saúde bucal, participam do monitoramento do serviço de saúde bucal							
Os usuários participam do processo de monitoramento do serviço de saúde bucal							
As ações para promoção da saúde são monitoradas							
A ESB participa do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde							

4.12 - A avaliação deve necessariamente emitir um juízo de valor (por exemplo, bom/regular/ruim, satisfatório/insatisfatório, alto/baixo) sobre uma intervenção ou um de seus componentes, para a tomada de decisão. Em relação à avaliação do serviço de saúde bucal, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
O serviço de saúde bucal na minha UBS é avaliado							
Outros profissionais, fora da área de saúde bucal, participam das avaliações do serviço de saúde bucal							
Os usuários participam das avaliações do serviço de saúde bucal							
Os resultados das avaliações dos serviços de saúde bucal são discutidos no Conselho Local							

de Saúde (CLS) ou no Conselho Municipal de Saúde (CMS)?							
São realizadas pesquisas de satisfação com os usuários							
Os resultados pesquisas de satisfação com os usuários são usados para a reorganização do serviço							
As ações para promoção da saúde são avaliadas							
A ESB participa do processo de avaliação das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam do processo de avaliação das ações para promoção da saúde							
Os resultados das avaliações das ações para promoção da saúde são discutidos no Conselho Local de Saúde (CLS) ou Conselho Municipal de Saúde (CMS)							

APÊNDICE E – DESCRIÇÃO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO - ENFERMEIRO

1 - DADOS DO RESPONDENTE E DA UBS

1.1 - Qual a sua idade?

1.2 - Qual o seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

1.3 - Qual a sua escolaridade? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Residência
- ☐ Ensino superior completo (curso enfermagem)
- ☐ Especialização
- ☐ Doutorado
- ☐ Mestrado
- ☐ Outro

1.4 - Especifique a área da sua maior titulação (por exemplo, especialização em endodontia ou mestrado em saúde coletiva):

1.5 - Em que ano você se formou em enfermagem?

1.6 - Possui pós-graduação (residência, especialização, mestrado ou doutorado) em **Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família**?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.7 - Qual foi o último congresso ou curso relacionado à Atenção Primária à Saúde (APS) que você participou? Por favor, especifique o nome e a data:

1.8 - Você trabalha em qual município?

- ☐ Cascavel, Paraná
- ☐ Imperatriz, Maranhão
- ☐ Dourados, Mato Grosso do Sul

1.9 - Há quanto tempo você trabalha como ENFERMEIRO na APS, independentemente do município ou da UBS?

1.10 - Há quanto tempo você trabalha como ENFERMEIRO na sua atual Unidade Básica de Saúde (UBS)?

1.10.1 - Esse tempo permitiu que você conhecesse bem as pessoas do seu território? Como é a criação de vínculo com a comunidade?

2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.1 - Com que frequência você costuma participar de ações de educação permanente voltadas para o trabalho na APS?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica (Não são ofertadas ações de educação permanente voltados para o trabalho na APS)

2.2 - Há oferta de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde em seu município?

- ☐ Há oferta suficiente
- ☐ Há oferta, mas não é suficiente
- ☐ Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.3 - Quais das seguintes modalidades de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde são oferecidas em seu município? (Você pode selecionar mais de uma opção)

- ☐ Telessaúde
- ☐ EAD/UNASUS
- ☐ Cursos presenciais
- ☐ Troca de experiência
- ☐ Tutoria/preceptorial relacionadas à promoção da saúde
- ☐ Incentivo à participação em eventos científicos
- ☐ Incentivo à ingresso em pós-graduações
- ☐ Outro
- ☐ Não se aplica. Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.4 - Há incentivo à participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica (não são ofertadas ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde)
- ☐ Não sei. Se houver, eu desconheço

2.5 - Que tipos de incentivo são oferecidos para a participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Carga horária liberada para participação das atividades
- ☐ Pagamento de cursos

- ☐ Progressão funcional/incentivo salarial
- ☐ Não há incentivo
- ☐ Outro: _____

3 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1 - São desenvolvidas ações para promoção da saúde no seu território de atuação?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder
- ☐ Não entendo o que são ações para promoção da saúde

3.1.1 - Se vocês realizam ações para promoção da saúde, quais são as desenvolvidas em seu território de atuação? Caso não realizem, não perguntar.

3.1.2 - As ações para promoção da saúde mencionadas aconteceram nos últimos seis meses?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei
- ☐ Não se aplica. Não são realizadas ações para promoção da saúde

3.2 - Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades para o desenvolvimento dessas ações? Caso não realizem, não perguntar.

3.3 - Em relação ao planejamento das ações para promoção da saúde na sua UBS, avalie as ações abaixo e responda a melhor opção no que se refere a frequência da realização dela:

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
As ações para promoção da saúde são planejadas							
Os usuários participam do processo de planejamento das ações para promoção da saúde							

3.3.1 - Comente um pouco sobre como é feito esse planejamento? Ou por que não é feito o planejamento? Como se dá a participação dos usuários? Ou por que eles não participam?

3.4 - Em relação à construção das ações para a promoção da saúde na sua UBS, responda às questões abaixo:

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Com que frequência as ações para a promoção da saúde são construídas em conjunto com outros profissionais da saúde que atuam na UBS?							
Com que frequência a sua ESB participa da construção de ações para a promoção da saúde?							
Com que frequência outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde?							

3.4. 1 - Comente um pouco sobre a participação da ESB nas ações de promoção da saúde.

3.4.2 - Quais outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde? (por exemplo: educação, assistência social, transporte, setor cultural e esportivo, setor de habitação, empresas, ONGs etc.)

3.5 - Entende-se que as ações para a promoção da saúde podem ter diferentes formatos, incluindo ações educativas, atividades comunitárias e trabalho com grupos. Sobre essas ações, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas. (Observação: utilize a barra de rolagem no final para visualizar todas as opções de resposta)

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Vocês realizam ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais?							
A ESB participa dessas ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais?							
Vocês fazem ações de PSE?							
A ESB na UBS faz essas ações do PSE?							
Os ACS realizam ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal?							
Vocês realizam atividades comunitárias?							
A ESB participa dessas atividades comunitárias							

realizadas?							
Vocês realizam atividades com grupos?							
A ESB participa dessas atividades realizadas com grupos?							

3.5. 1 - Comente sobre a participação da ESB nessas atividades?

3.6 - Para se operar ações para promoção da saúde, faz-se importante a consideração pelas necessidades em saúde da população de um determinado território. Sobre isto, leia as afirmativas abaixo e responda a frequência que melhor representa a sua realização em seu território de atuação.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
O perfil epidemiológico da condição bucal (agravos bucais mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil epidemiológico da condição de saúde (comorbidades mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
As necessidades e demandas no território são identificadas para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
Há priorização de ações voltadas para famílias/grupos em situações mais vulneráveis no território							

3.7 - Com que frequência os materiais para a execução das ações para promoção da saúde estão disponíveis para os profissionais de saúde?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não sei
- ☐ Não se aplica (não são realizadas ações para promoção da saúde)

3.7.1 Poderia explicar melhor como é essa falta de materiais? (Se não for realidade, não perguntar)

3.9 - Em seu território de atuação, existem espaços coletivos/comunitários no território onde podem ser realizadas atividades coletivas?

- ☐ Sim, vários
- ☐ Sim, poucos
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

3.9.1 - Quais são os espaços coletivos/comunitários que vocês costumam utilizar? Caso não haja, não perguntar.

3.10 - Em relação à participação dos usuários nas ações para promoção da saúde em seu território de atuação, avalie as ações abaixo e escolha a opção que melhor se refere à frequência com que são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Os usuários participam da definição das ações para a promoção da saúde desenvolvidas							
Há consulta direta dos valores e saberes populares no processo de condução das ações para a promoção da saúde							
As sugestões dos usuários são consideradas no processo de condução das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam das ações para promoção da saúde desenvolvidas							

3.11 - Monitoramento é um acompanhamento contínuo, que possibilita ver se a intervenção está sendo executada conforme o planejado. Em relação ao monitoramento do serviço de saúde bucal, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
As ações para promoção da saúde são monitoradas							
A ESB participa do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam do processo de							

monitoramento das ações para promoção da saúde							
--	--	--	--	--	--	--	--

3.12 - A avaliação deve necessariamente emitir um juízo de valor (por exemplo, bom/regular/ruim, satisfatório/insatisfatório, alto/baixo) sobre uma intervenção ou um de seus componentes, para a tomada de decisão. Em relação à avaliação do serviço de saúde bucal, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
As ações para promoção da saúde são avaliadas							
A ESB participa do processo de avaliação das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam do processo de avaliação das ações para promoção da saúde							
Os resultados das avaliações das ações para promoção da saúde são discutidos no Conselho Local de Saúde (CLS) ou Conselho Municipal de Saúde (CMS)							

3.12 – Você considera suficiente a sua carga-horária destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde?

- ☐ Sim, é suficiente
- ☐ É parcialmente suficiente
- ☐ Não, não é suficiente

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ACS

QUESTIONÁRIO - ACS

1 - DADOS DO RESPONDENTE E DA UBS

1.1 - Qual a sua idade?

1.2 - Qual o seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

1.3 - Qual a sua escolaridade? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino superior completo. Especifique: _____
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Outro: _____

1.4 - Você trabalha em qual município?

- ☐ Cascavel, Paraná
- ☐ Imperatriz, Maranhão
- ☐ Dourados, Mato Grosso do Sul

1.5 - Há quanto tempo você trabalha como ACS, independentemente do município ou da UBS?

1.6 - Há quanto tempo você trabalha como ACS na sua atual Unidade Básica de Saúde (UBS)?

1.6.1 - Esse tempo permitiu que você conhecesse bem as pessoas do seu território? Para você, como é a criação de vínculo com a comunidade?

1.7 – Você é responsável por quantas pessoas?

1.7.1 - Você considera isso muito? Como é para você acompanhar essas pessoas? Que tipo de acompanhamento você faz?

2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.1 - Com que frequência você costuma participar de ações de educação permanente voltadas para o trabalho na APS?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente

- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica (Não são ofertadas ações de educação permanente voltados para o trabalho na APS)

2.2 - Há oferta de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde em seu município?

- ☐ Há oferta suficiente
- ☐ Há oferta, mas não é suficiente
- ☐ Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.3 - Quais das seguintes modalidades de ações de educação permanente focadas na promoção da saúde são oferecidas em seu município? (Você pode selecionar mais de uma opção)

- ☐ Telessaúde
- ☐ EAD/UNASUS
- ☐ Cursos presenciais
- ☐ Troca de experiência
- ☐ Tutoria/preceptoria relacionadas à promoção da saúde
- ☐ Incentivo à participação em eventos científicos
- ☐ Incentivo à ingresso em pós-graduações
- ☐ Outro
- ☐ Não se aplica. Não há oferta
- ☐ Não sei responder

2.4 - Há incentivo à participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica (não são ofertadas ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde)
- ☐ Não sei. Se houver, eu desconheço

2.5 - Que tipos de incentivo são oferecidos para a participação em ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde em seu município? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Carga horária liberada para participação das atividades
- ☐ Pagamento de cursos
- ☐ Progressão funcional/incentivo salarial
- ☐ Não há incentivo
- ☐ Outro: _____

3 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1 - São desenvolvidas ações para promoção da saúde no seu território de atuação?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

- ☐ Não entendo o que são ações para promoção da saúde

3.1.1 - Se vocês realizam ações para promoção da saúde, quais são as desenvolvidas em seu território de atuação? Caso não realizem, não fazer a pergunta.

3.1.2 - As ações para promoção da saúde mencionadas aconteceram nos últimos seis meses?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei
☐ Não se aplica. Não são realizadas ações para promoção da saúde

3.2 - Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades para o desenvolvimento dessas ações? Caso não realizem, não fazer a pergunta.

3.3 - Em relação ao planejamento das ações para promoção da saúde na sua UBS, avalie as ações abaixo e responda a melhor opção no que se refere a frequência da realização dela.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
As ações para promoção da saúde são planejadas							
Os usuários participam do processo de planejamento das ações para promoção da saúde							

3.3.1 Comente um pouco sobre como é feito esse planejamento? Ou por que não é feito o planejamento? Como se dá a participação dos usuários? Ou por que eles não participam?

3.4 - Em relação à construção das ações para a promoção da saúde na sua UBS, responda às questões abaixo.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Com que frequência as ações para a promoção da saúde são construídas em conjunto com outros profissionais da saúde que atuam na							

UBS?							
Com que frequência a sua ESB participa da construção de ações para a promoção da saúde?							
Com que frequência outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde?							

3.4.1 Você poderia comentar um pouco sobre a participação da ESB nas ações de promoção da saúde?

3.4.1 - Quais outros setores participam da construção de ações para a promoção da saúde? (por exemplo: educação, assistência social, transporte, setor cultural e esportivo, setor de habitação, empresas, ONGs etc.)

3.5 - Entende-se que as ações para a promoção da saúde podem ter diferentes formatos, incluindo ações educativas, atividades comunitárias e trabalho com grupos. Sobre essas ações, identifique a frequência com que as atividades listadas são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Vocês realizam ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais?							
A ESB participa dessas ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais?							
Vocês fazem ações de PSE?							
A ESB na UBS faz essas ações do PSE?							
Vocês (ACS) realizam ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal? *Questionar “como isso acontece na prática?” ou “por que vocês não fazem isso? Qual a razão?”							
Vocês realizam atividades comunitárias?							
A ESB participa dessas atividades comunitárias realizadas?							
Vocês realizam atividades com grupos?							
A ESB participa dessas atividades realizadas com grupos?							

3.5.1 Você poderia comentar um pouco sobre a participação da ESB nessas atividades?

3.6 - Para se operar ações para promoção da saúde, faz-se importante a consideração pelas necessidades em saúde da população de um determinado território. Sobre isto, leia as afirmativas abaixo e responda a frequência que melhor representa a sua realização em seu território de atuação.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
O perfil epidemiológico da condição bucal (agravos bucais mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil epidemiológico da condição de saúde (comorbidades mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
O perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
As necessidades e demandas no território são identificadas para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde							
Há priorização de ações voltadas para famílias/grupos em situações mais vulneráveis no território							

3.7 - Com que frequência os materiais para a execução das ações para promoção da saúde estão disponíveis para os profissionais de saúde?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não sei
- ☐ Não se aplica (não são realizadas ações para promoção da saúde)

3.7.1 – Você poderia explicar melhor essa falta de materiais? Caso não haja, não fazer a pergunta.

3.8 - Em seu território de atuação, existem espaços coletivos/comunitários no território onde podem ser realizadas atividades coletivas?

- ☐ Sim, vários
- ☐ Sim, poucos
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

3.8.1 - Quais são os espaços coletivos/comunitários que vocês costumam utilizar? Caso não realizem, não fazer a pergunta.

3.9 - Em relação à participação dos usuários nas ações para promoção da saúde em seu território de atuação, avalie as ações abaixo e escolha a opção que melhor se refere à frequência com que são realizadas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
Os usuários participam da definição das ações para a promoção da saúde desenvolvidas							
Há consulta direta dos valores e saberes populares no processo de condução das ações para a promoção da saúde							
As sugestões dos usuários são consideradas no processo de condução das ações para promoção da saúde							
Os usuários participam das ações para promoção da saúde desenvolvidas							

3.10 – Você considera suficiente a sua carga-horária destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde?

- ☐ Sim, é suficiente
- ☐ É parcialmente suficiente
- ☐ Não, não é suficiente

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO APLICADOS AOS GESTORES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO

QUESTIONÁRIO – GESTOR DE SAÚDE BUCAL

Qual a sua idade?

Qual o seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

Qual a sua escolaridade? (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Residência
- ☐ Ensino superior completo. Curso: _____
- ☐ Especialização
- ☐ Doutorado
- ☐ Mestrado
- ☐ Outro

Em que ano você se formou?

Possui pós-graduação (residência, especialização, mestrado ou doutorado) em **Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família**?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Especifique a área da sua maior titulação (por exemplo, especialização em endodontia ou mestrado em saúde coletiva):

Qual foi o último congresso ou curso relacionado ao serviço em questão que você participou? Por favor, especifique o nome e a data:

Você trabalha em qual município?

- ☐ Cascavel, Paraná
- ☐ Imperatriz, Maranhão
- ☐ Dourados, Mato Grosso do Sul

Tempo de atuação no cargo/função atual na gestão da saúde bucal no município:

Seu cargo/função no município (você pode assinalar mais de uma alternativa):

- ☐ Gestor (saúde bucal)
- ☐ Cirurgião-dentista na Atenção Primária em Saúde
- ☐ Cirurgião-dentista na Atenção Secundária
- ☐ Cirurgião-dentista na Atenção Terciária
- ☐ Outro (especifique) _____

1. São desenvolvidas estratégias de promoção da saúde no seu município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

1.1 Quais são as estratégias de promoção da saúde desenvolvidas em seu município?

2. São desenvolvidas estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal no seu município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

2.1 Quais são as estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal, desenvolvidas em seu município?

3. As estratégias de promoção da saúde mencionadas acima aconteceram nos últimos seis meses?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei responder.

4. Em seu município, a água de abastecimento público do município é fluoretada?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

4.1 Qual o teor de flúor?

4.2 É realizado o heterocontrole do flúor na água de abastecimento público no município?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

4.3 Existem facilidades e/ou dificuldades para o desenvolvimento dessa estratégia? Quais?

5. Em seu município, existem políticas que assegurem o acesso à alimentos saudáveis?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

5.1 Conte um pouco sobre esta política. Existem dificuldade e facilidades?

6. Em seu município, existem políticas que incentive a redução do consumo de alimentos ricos em açúcar?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

6.1 Conte um pouco sobre esta política. Existem dificuldade e facilidades?

7. Em seu município, existem políticas que assegurem o acesso aos Itens de Higiene Bucal?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

7.1 Conte um pouco sobre esta política. Existem dificuldade e facilidades?

8. Em seu município, existem políticas de incentivo à eliminação do tabagismo?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

8.1 Conte um pouco sobre esta política. Existem dificuldade e facilidades?

9. Em seu município, existem políticas de incentivo a redução do consumo de álcool?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

9.1 Conte um pouco sobre esta política. Existem dificuldade e facilidades?

10. Em relação ao **modelo de atenção à saúde**, leia as afirmativas abaixo e assinale a opção que melhor representa a situação do serviço de saúde bucal na sua UBS.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não sei responder
Todas as pessoas que buscam atendimento no serviço de saúde bucal são atendidas						
Há território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal						
É considerado o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população e as doenças mais prevalentes na organização e planejamento do serviço de saúde bucal						
Os dados epidemiológicos são bem						

utilizados para a classificação de risco dos usuários no serviço de saúde bucal						
A maioria dos usuários tem o tratamento odontológico concluído						
As áreas de risco do território são mapeadas						
É feito o monitoramento dos indicadores de saúde para a organização do serviço de saúde bucal						
São realizadas ações para promoção da saúde						
São realizadas ações de prevenção aos agravos bucais frequentemente						
São realizadas ações de educação em saúde bucal frequentemente						
“Restauração” é o procedimento mais realizado em dentes permanentes						
“Restauração” é o procedimento mais realizado em dentes decíduos						
Realiza-se mais acesso à polpa em dentes permanentes do que exodontias						

APÊNDICE H – RATIONALES

Dimensão		Rationale (justificativa)			
Defesa de Causa		A defesa de causa é a defesa das políticas públicas saudáveis e as atividades direcionadas para mudanças no campo das políticas públicas (Hubley, Codeman, Woodall, 2021). Sabe-se as intervenções políticas intersetoriais, que promovam bem-estar e construam um ambiente saudável, em termos socioeconômico, cultural e físico, são estratégias eficientes para melhorar a saúde da população. Na defesa de causa é determinante o estabelecimento de agenda para a defesa de políticas públicas saudáveis (Hubley, Copeman, Woodall, 2021). Apesar das políticas públicas serem um “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (Luchese, Aguiar, 2002, p. 3), a proposta é que esta avaliação mensure a operacionalização das políticas públicas saudáveis voltadas para a promoção da saúde com ênfase na saúde bucal na atenção primária à saúde. Esta dimensão analisa a implementação de políticas públicas saudáveis voltadas para a melhoria da condição bucal. De fato, trata-se de uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.			
Subdimensões da Dimensão					
Políticas Públicas Saudáveis					
Subdimensão		Rationale (justificativa)			
Subdimensão Políticas Públicas Saudáveis		A Carta de Otawa (1986) apresenta a implementação de políticas públicas saudáveis como uma das cinco estratégias prioritárias da promoção da saúde. Por certo, políticas públicas saudáveis, quando implementadas apontam para a equidade e universalidade em saúde. Estas podem se expressar de diferentes maneiras, desde legislações, mudanças organizacionais até taxações e medidas fiscais. Dentre as políticas públicas saudáveis, as que mais se relacionam com a saúde bucal, destacam-se aquelas mencionadas na Política Nacional de Saúde Bucal, a saber: políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada e incentive a fluoretação das águas; políticas que assegurem alimentação saudável e a redução do consumo de açúcar e o acesso a tais alimentos saudáveis; políticas que assegurem acesso aos itens de higiene bucal; e políticas que incentivem a eliminação do tabagismo (Brasil, 2004). Esta subdimensão analisa a implementação de políticas saudáveis voltadas para a melhoria da condição bucal da população, visto que a proposta final é a avaliação das estratégias de promoção da saúde bucal com ênfase em saúde bucal. Nesta subdimensão, estão colocados os da intersectorialidade, intrarsetorialidade e sustentabilidade.			
Indicadores da subdimensão					
Heterocontrole do Flúor na Água de Abastecimento Público					
Políticas que assegurem Acesso à Alimentos Saudáveis					
Políticas que assegurem o Acesso aos Itens de Higiene Bucal					
Políticas de incentivo à Eliminação do Tabagismo					
Política para incentivar a redução do consumo nocivo de álcool					
Indicador		Rationale (justificativa)			
Heterocontrole do Flúor na Água de Abastecimento Público		A fluoretação da água de abastecimento público compõe uma estratégia para promoção da saúde (Brasil, 2004; Barbosa, Mauricio, Sette-de-souza et al 2020) de baixo custo, de grande efetividade, segura, de fácil administração e de abrangência coletiva (Brasil, 2004; Barbosa, Mauricio, Sette-de-souza et al 2020). Contudo, para seja uma estratégia eficaz, o heterocontrole é necessário, devido à oscilação constante dos teores de flúor, que precisam ser mantidos no nível ideal (Brasil, 2004; Barbosa, Mauricio, Sette-de-souza et al 2020). Entende-se que a fluoretação das águas com o heterocontrole seja uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal fundamental. Logo, este indicador verifica a existência heterocontrole do flúor na água de abastecimento público no município, visto que se há heterocontrole, deve haver fluoretação.			
Indicador		Rationale (justificativa)			
Medida		Parâmetro adotado		Fonte de evidência	
Existência de heterocontrole		Não = 0		Gestor do Serviço de	

do flúor na água de abastecimento público no município	Sim = 4	Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Políticas que assegurem Acesso à Alimentos Saudáveis	A alimentação e a nutrição são importantes para o crescimento e desenvolvimento humano e para a manutenção da saúde bucal (Freire, Balbo, Amador <i>et al</i> , 2012). Na perspectiva da abordagem dos fatores de risco comuns, doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais são determinadas pelos mesmos fatores risco, especialmente o consumo de alimentos ricos em açúcar (Freire, Balbo, Amador <i>et al</i> , 2012). Assim, a alimentação saudável, com redução do consumo de alimentos açucarados, é uma medida imprescindível de promoção da saúde. Torna-se fundamental, portanto, o acesso aos alimentos saudáveis e o incentivo a redução do consumo de açúcar. Entende-se que essas medidas estejam completamente relacionadas com a saúde bucal. Ressalta-se que, se a alimentação saudável é fundamental, o acesso a esses alimentos torna-se essencial. Desta maneira, não será verificada uma política de alimentação saudável apenas, mas se há o acesso a tais alimentos. Logo, este indicador verificará a existência de política implementada no município que assegure acesso à alimentos saudáveis e que incentive a redução do consumo de alimentos ricos em açúcar.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de política implementada no município que assegure acesso à alimentos saudáveis	Não = 0 Sim = 4	Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de política implementada no município que incentive a redução do consumo de alimentos ricos em açúcar	Não = 0 Sim = 4	Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Políticas que assegurem o Acesso aos Itens de Higiene Bucal	É fato que a alimentação rica em carboidratos fermentáveis, especialmente a sacarose, quando associado à má higiene bucal, pode causar o desenvolvimento de lesões cariosas. Ainda, a má higiene bucal pode resultar em problemas periodontais e perdas dentárias, devido a cárie dentária ou doença periodontal. Para evitar estas doenças é importante estimular e incentivar hábitos de higiene bucal adequados para a desorganização do biofilme dentário. Contudo, além do estímulo e incentivo, é preciso o acesso aos itens de higiene bucal por parte da população. Logo, políticas públicas que assegurem isto é uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal fundamental. Entende-se que itens de higiene bucal devam conter sejam: 1) escovas de dentes com cerdas; 2) pasta de dente com flúor; 3) fio dental. Este indicador verifica a existência de política implementada no município que assegure este acesso.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de política implementada no município que assegure o acesso aos itens de higiene bucal	Não = 0 Sim = 4	Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Políticas de incentivo à Eliminação do Tabagismo	Em nível mundial, o tabagismo é responsável por mortes precoces e doenças evitáveis (Silva, Dias, Borges-Paluch, 2021). A geração de fumaça é considerada um dano ambiental e responsável por malefícios à saúde, especialmente para aquelas pessoas com comorbidades respiratórias e cardiovasculares (Silva, Dias, Borges-Paluch, 2021). No contexto da saúde bucal, o tabagismo aumenta as chances de desenvolvimentos de várias doenças, destacando as lesões de tecidos moles com potencial de malignização e o câncer bucal (Silva, Dias, Borges-Paluch, 2021). Ainda, destaca-se que esta é uma estratégia global da Organização Mundial da Saúde (OMS), justificando ainda mais a importância desta política. Por isto, o incentivo à eliminação do tabagismo é uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal fundamental. Logo, este indicador verifica a existência de	

		política implementada no município que incentive a eliminação do tabagismo.
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de política implementada no município que incentive a eliminação do tabagismo	Não = 0 Sim = 4	Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Política para incentivar a redução do consumo de álcool	Conforme Gilonni (2019), o uso do álcool pode causar muitas doenças, como a cirrose, desordens mentais, depressão, distúrbios de comportamento, esteatose hepática e pode influenciar no aumento de acidentes de trabalho. Com relação às patologias específicas da cavidade bucal, o uso indiscriminado pode ocasionar lesões no tecido periodontal, nas mucosas bucais da orofaringe e do epitélio gastrointestinal e câncer de orofaringe (Gilonni, 2019). Por isto, o incentivo a redução do consumo nocivo de álcool é uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Logo, este indicador verifica a existência de política implementada no município que incentive essa redução.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de política implementada no município que incentive a redução do consumo de álcool	Não = 0 Sim = 4	Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Dimensão	Rationale (justificativa)	
Ações para a Promoção da Saúde	As ações para a promoção da saúde devem possibilitar o desenvolvimento da autonomia das pessoas, o fortalecimento da participação dos usuários e a resolução dos problemas que atinjam o território (Moretti, Teixeira, Suss <i>et al</i> , 2010). Contudo para “se operar a política de saúde, incluindo a de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar (...) de forma que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território” (Brasil, 2018b, p. 7). Logo, estas devem ser transdisciplinares, integrais, intersetoriais e territorializadas (Brasil, 2018b). Por isto, as ações para promoção da saúde no contexto da saúde bucal não devem ser desenvolvidas de forma isolada. Ao contrário, é preciso ampliar a noção de equipe e considerar o diálogo com as diferentes áreas do conhecimento. Isso implica no desenvolvimento das ações de forma articulada com todos os participantes, isto é, outros profissionais, setores e usuários. Deve-se ainda sempre considerar as especificidades de cada território. Não obstante, devem contar com o mínimo de recursos, seja humano, material e estrutural. Nesta dimensão, entende-se que as ações para promoção da saúde podem apresentar diferentes formatos, desde ações educativas, atividades comunitárias ou ações para grupos específicos. Certamente, a existência de ações para promoção da saúde revestidas destes elementos é fundamental para a promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. É preciso ressaltar que nesta dimensão, em alguns momentos, se cabível, é analisado a participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB), visto que esta avaliação está voltada para a saúde bucal. Contudo, em outros momentos, não há como ser específico, pois seria contrário aos pressupostos da promoção da saúde.	
Subdimensões da Dimensão		
Ações para a Promoção da Saúde		
Integralidade		
Envolvimento dos Usuários		
Gestão Participativa		
Recursos Físicos e Humanos		
Abordagem Territorial		
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Ações para a Promoção da Saúde	Entende-se que as ações para a promoção da saúde podem apresentar diferentes formatos, desde ações educativas, atividades comunitárias ou trabalho com grupos. Esta subdimensão, além de verificar a existência dessas ações, analisa a participação da ESB nessas ações, visto que a proposta final é a avaliação das estratégias de promoção da saúde bucal com ênfase em saúde bucal. Certamente, o conhecimento sobre saúde bucal é imprescindível para o a construção de ações	

	transdisciplinares e integrais. Nesta subdimensão, estão colocados os princípios da autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.	
Indicadores da subdimensão		
Ações de Educação em Saúde		
Programa Saúde na Escola		
Ações de Educação em Saúde com ênfase na Saúde Bucal por Agentes Comunitários de Saúde		
Atividades Comunitárias		
Trabalho com Grupos		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Ações de educação em saúde	As ações de educação em saúde são imprescindíveis para a promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, sendo uma estratégia fundamental para que os propósitos da promoção da saúde sejam atingidos. Ações de educação em saúde para a promoção da saúde são aquelas que visam motivar as pessoas a adotarem e manterem hábitos saudáveis, a usarem de modo adequado os serviços de saúde e tomarem decisões próprias para melhorarem sua saúde e o meio em que vivem (Hubley, Codeman, Woodall, 2021). Ainda, a educação em saúde deve envolver uma abordagem transdisciplinar, abrangendo, portanto, diferentes áreas do conhecimento (Conceição, Viana, Batista <i>et al</i> , 2020). A prática educativa deve estimular o diálogo e reflexão entre o saber popular e científico, impulsionado, assim, novos saberes que estimulam as atitudes e práticas e mobilizam o desenvolvimento de cuidados de saúde (Conceição, Viana, Batista <i>et al</i> , 2020; Heiidemann; Juvinyà-Canal, Durand <i>et al</i> , 2024). Na prática, as ações de educação em saúde se concretizam de inúmeras formas, como por meio de palestras educativas, e das rodas de conversa. A participação nas ações de educação em saúde é uma das atribuições da ESB (Brasil, 2018a). Por certo, a ESB deve prestar assistência individual, mas também deve desenvolver ações coletivas (Emmi, Barroso, 2008). Ressalta-se, contudo, que ESB não necessita estar presente em todas as ações, mas certamente deve estar envolvida ao menos no planejamento dessas ações, visto que os saberes relacionados à saúde bucal devem ser abordados nas ações de educação em saúde. Desta forma, este indicador verifica a frequência da realização de ações de educação em saúde e a participação da ESB. Entende-se por participação, o planejamento e/ou execução por parte da ESB da ação. O propósito não é avaliar o impacto ou a qualidade das ações, mas a existência e a participação dos profissionais da saúde bucal.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da realização de ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB nas ações de educação em saúde voltadas para diferentes públicos em diferentes locais	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Programa Saúde na Escola	Sem dúvidas as atividades educativas são cruciais para a promoção da saúde dos indivíduos. A literatura científica aponta que os indivíduos em idade escolar apresentam aptos a aprender de maneira mais eficaz, desenvolver relações do senso crítico e político e construir práticas cotidianas que sejam favoráveis para a elaboração de hábitos de vida saudáveis (Couto, Kleipaul, Borfe <i>et al</i> , 2016; Closs, Collioni, Faccioli <i>et al</i> , 2013; Machado, Oliveira, Cunha <i>et al</i> , 2016). O ambiente escolar, portanto, é considerado oportuno para o desenvolvimento físico e psicológico do indivíduo (Couto, Kleipaul, Borfe <i>et al</i> , 2016). No Brasil, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio de decreto presidencial nº 6.286 foi instituído, pelos ministérios da saúde e educação. Dentre as suas diretrizes, cita-se a intersetorialidade, isto é, diversos setores com conhecimentos e poderes diferentes atuam em conjunto (Lopes, Nogueira, Rocha, 2018). A proposta do PSE	

	é a de fomentar o conhecimento e o acesso dos estudantes aos serviços de saúde, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Gomes, 2012). Em essência, o programa visa contribuir com formação integral e o fortalecimento do desenvolvimento de experiências que fortaleçam a qualidade de vida em âmbito escolar (Gomes, 2012). Ressalta-se ainda que um dos componentes deste programa está totalmente relacionado com a saúde bucal. Trata-se, portanto, de uma importante estratégia de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Ressalta-se, contudo, que a ESB não necessita estar presente em todas as ações, mas certamente deve estar envolvida ao menos no planejamento, visto que o conhecimento e prática relacionados à saúde bucal devem ser abordados nas ações do PSE. Desta forma, este indicador verifica a participação da ESB no PSE. Entende-se por participação, o planejamento e/ou execução por parte da ESB no PSE. O propósito não é avaliar o impacto ou a qualidade do programa, mas a adesão e a participação dos profissionais da saúde bucal.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de adesão ao PSE	Não = 0 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB nas ações do PSE	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por Agentes Comunitários de Saúde	Os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) são o elo principal entre a Equipe de Saúde e a comunidade (Koda, Machado, Silva <i>et al</i>, 2016). São considerados mediadores entre a população e o serviço de saúde (De Assis; De Castro-Silva, 2018). Estes profissionais exercem uma importante função levando informações à população, por meio de ações educativas, seja nos domicílios ou nas coletividades (Moura, Carvalho, Amorim <i>et al</i>, 2010). Conforme o Caderno de Saúde Bucal no SUS (2018), os ACS têm papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a Equipe de Saúde Bucal (ESB) orientar o seu trabalho. Logo, são peças fundamentais para na educação em saúde com ênfase na saúde bucal. Considerando a importância destes profissionais como educadores em saúde, este indicador verifica a frequência em que os ACS realizam ações de educação em saúde com ênfase em saúde bucal.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da realização de ações de educação em saúde com ênfase na saúde bucal por ACS	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Atividades comunitárias	Góis (2005, p. 89) define atividade comunitária como a “atividade prática e coletiva realizada por meio da cooperação e do diálogo em uma comunidade, sendo orientada por ela mesma e pelo significado (sentido coletivo) e sentido (significado pessoal) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os moradores da comunidade”. Elas trazem consigo a função de direcionar e conscientizar na prática e fortalecer a autonomia, a criticidade, a identidade social e o sentimento de pertença à comunidade (Ximenes, Moura Junior, 2013; Pacheco, Bomfim, Pacheco <i>et al</i>, 2022). Na prática, estas atividades se concretizam por atividade como: organização de oficinas; plantio e cultivo de hortas comunitárias; concursos com prêmios; organização de eventos/programas visando algum objetivo, entre outros. As atividades comunitárias são também de suma importância para a promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Certamente, o saber relacionado à saúde bucal deve também estar presente nestas atividades. Este indicador verifica a frequência da realização das atividades comunitárias e a participação da ESB. Entende-se por participação, o planejamento e/ou execução por parte da ESB. O propósito não é avaliar o impacto ou a qualidade das atividades.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência

Frequência da realização de atividades comunitárias	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB nas atividades comunitárias	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Trabalho com grupos	Trabalhar com grupos significa “atingir a parcela populacional que necessita de intervenções que contemplem ações educativas, de aprendizagem de como conviver com a doença ou situação atual e mudanças de hábitos” (Sauer, Nilson, Dolny <i>et al</i> , 2018, p. 14). Nestes há trocas de experiências, vivências e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano (Sauer, Nilson, Dolny <i>et al</i> , 2018). Na prática, estas ações podem ser grupo de apoio ao tabagismo/etilismo; grupos sobre alimentação saudável e autocuidado; grupos de relaxamento, ioga, auriculoterapia ou acupuntura; grupo de gestantes etc. É certo que estes grupos devem envolver uma abordagem transdisciplinar, abrangendo, portanto, diferentes áreas do conhecimento. Logo, o conhecimento e o saber acerca da saúde bucal devem ser sempre contemplados e inseridos nesse trabalho. Este indicador verifica a frequência da realização de trabalho com grupos e a participação da ESB. Entende-se por participação, o planejamento e/ou execução por parte da ESB. O propósito não é avaliar o impacto ou a qualidade do trabalho com grupos. Ainda, estes grupos não precisam ser realizados apenas nas UBS, mas também em outros espaços coletivos.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da realização de trabalho com grupos	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB nos trabalhos com grupos	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Integralidade	As ações para a promoção da saúde devem ser articuladas entre as diferentes práticas de saúde e setores, para que seja assegurado o princípio da integralidade e o eixo operacional para a concretização das ações e os princípios da intrasetorialidade e intersectorialidade, descritos na PNPS (Brasil, 2018b). O processo de desenvolvimento das ações implica na troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias (Moretti, Teixeira, Suss <i>et al</i> , 2010). Desta forma, a articulação intrassetorial e intersectorial é crucial para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde. No que se refere especificamente à saúde bucal, as ações para a promoção da saúde devem ser construídas de forma articulada. Ou seja, deve haver articulação intrassetorial e intersectorial. Por se tratar de uma avaliação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, nesta subdimensão é verificado a articulação da ESB com os demais profissionais do setor saúde e com outros profissionais fora do setor saúde. Nesta subdimensão, estão colocados os princípios da intersectorialidade, intrasetorialidade e integralidade.	
Indicadores da subdimensão		

Articulação Intrasetorial		
Articulação Intersectorial		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Articulação intrasetorial	A articulação e cooperação intrasetorial é um dos eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para a concretização das ações para promoção da saúde (Brasil, 2018b). Trata-se do compartilhamento de planos, de metas, de recursos e de objetivos comuns entre diferentes áreas do mesmo setor (Brasil, 2018b). Certamente, a articulação intrasetorial é um princípio de extrema importância para as ações para promoção da saúde. Considerando ser o propósito desta pesquisa o de avaliar a implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, será preciso verificar a existência da articulação intrasetorial na construção de ações para a promoção da saúde e a frequência da participação da ESB neste processo. Os profissionais considerados nesta articulação intrasetorial são os do setor saúde (Equipe de Atenção Primária/eMulti).	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da articulação intrasetorial na construção de ações para a promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB na construção de ações para a promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Articulação intersectorial	A articulação e cooperação intersectorial é um dos eixos operacionais da PNPS para a concretização das ações para promoção da saúde (Brasil, 2018b). Trata-se do compartilhamento de planos, de metas, de recursos e de objetivos comuns entre os diferentes setores (Brasil, 2018b). A articulação intersectorial “implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (Moretti, Teixeira, Suss <i>et al</i> , 2010, p. 1828). Certamente, a articulação intersectorial é um princípio de extrema importância para as ações para promoção da saúde. Logo, este indicador verifica a articulação do setor saúde com outros setores. Neste, especificamente, não é necessário verificar a frequência de participação da ESB, visto que a saúde bucal pertence ao setor saúde.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência de articulação intersectorial (participação de outros profissionais fora do setor saúde) na construção de ações para a promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Envolvimento dos Usuários	O envolvimento dos usuários nas ações para promoção da saúde é um ponto crucial em vistas da sua plena implementação. Afinal, os usuários são a razão do desenvolvimento destas ações. Conforme Sharma e Petosa (2023), o não envolvimento dos usuários é uma barreira importante em termos da adequada implementação. Entende-se por envolvimento, o engajamento e a presença dos usuários nas ações para promoção da saúde. Nesta subdimensão, estão colocados os princípios da participação social, autonomia, empoderamento, sustentabilidade e governança. Para não ferir alguns princípios da promoção da saúde, os indicadores desta subdimensão verificarão o envolvimento dos usuários nas ações para	

	promoção da saúde como um todo. Afinal, as ações específicas da saúde bucal devem estar englobadas nas demais ações.	
Indicadores da subdimensão		
Engajamento dos Usuários		
Presença dos Usuários		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Engajamento dos Usuários	O engajamento dos usuários é o envolvimento destes, desde a concepção até a execução das ações para promoção da saúde. Por certo, as ações para promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem envolver a população para quem estas ações são promovidas (Allegrante, Margaret, Collins <i>et al</i> 2009). O desconhecimento das expectativas, dos significados, dos valores e dos objetivos dos usuários não possibilita a realização de um correto diagnóstico acerca das “visões de mundo” de uma determinada população, resultando, por vezes, na adoção de atividades não condizentes com a realidade da população (Abreu, Pordeus, Modema, 2005). A construção das ações para a promoção da saúde deve partir da visão ampliada de promoção da saúde, na intenção de promover a autonomia das comunidades e fortalecendo a participação comunitária (Moretti, Teixeira, Suss <i>et al</i> , 2010). Entende-se por engajamento dos usuários, o envolvimento destes na construção de ações para a promoção da saúde, por meio da sua participação na definição das ações, consideração pelos seus valores e saberes e da possibilidade que estes possuem de comunicar suas sugestões sobre as ações para promoção, e estas serem atendidas. Este indicador verifica a existência desses aspectos. Não serão definidas as formas de se realizar isto, visto que há diferente formas. Ou seja, cada localidade pode ter estratégias diferentes para isso. Ao longo do estudo de caso, será possível identificar essas maneiras.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência de participação dos usuários na definição das ações para a promoção da saúde a serem desenvolvidas.	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência de consulta direta dos valores e saberes populares no processo de condução das ações para a promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que as sugestões dos usuários são consideradas no processo de condução das ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4= 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Presença dos Usuários	O usuário é a razão de ser das ações para promoção da saúde organizadas pelas equipes de saúde. A falta de participação dos usuários nessas ações dificulta a sua correta implementação, visto que pode comprometer a atuação na promoção da saúde. Este indicador verifica a participação dos usuários, por meio da sua presença na ação.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação dos usuários nas ações para promoção da saúde desenvolvidas	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde

Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Gestão Participativa	Para o bom desempenho das ações para a promoção da saúde, estas devem ser planejadas, monitoradas e avaliadas. Estes processos são Eixos Operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2018b). Por certo, é preciso a definição de metas, a organização dos recursos necessários, o acompanhamento das ações e informações para que as tomadas de decisão sejam pautadas em evidências. Contudo, de acordo com Pinto Filho (2019) a gestão pública em saúde tradicionalmente organizada conforme os conhecimentos das categorias profissionais. Isto é, as decisões são centralizadas e fragmentadas do processo de trabalho, sendo valorizado o produto e o resultado. Contudo, a gestão também deve ser humanizada (Pinto Filho, 2019). Por isso, tem sido amplamente discutido a democratização da gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) adota a proposta de gestão participativa. Este modelo de gestão visa a inclusão outros indivíduos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão (BRASIL, 2013). Esse modelo de gestão é “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente, ampliando o grau de transversalização entre sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde” (Pinto Filh0, 2019, p. 3). No que se refere a participação da sociedade na gestão, é preciso destacar que as ações para promoção da saúde visam o empoderamento comunitário (Heidmann, Almeida, Boehs <i>et al</i>, 2006). Isso significa a participação direta dos indivíduos nas decisões e a tênue relação entre o potencial de participação e a distribuição de poder nos espaços de promoção da saúde (Zouza, Tholl, Córvoa <i>et al</i>, 2014). Conforme a PNPS, as estratégias de promoção da saúde devem contar “com ampla participação e amplo controle social” (Brasil, 2018b, p. 7). Esta subdimensão verifica a existência e a frequência dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Estes processos são não específicos a uma categoria profissional, mas trata-se de uma construção coletiva. Por ser tratar de uma pesquisa voltada para a saúde bucal, será investigado a participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) nestes processos. Como conselhos de saúde e ocupam a condição de instância formal de exercício de participação social (Silva, Lima, 2021), será verificado também se os resultados das avaliações são apresentados/discutidos no Conselho Local/Municipal de Saúde. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliada em conjunto com a subdimensão “Gestão Participativa” da dimensão “Melhoria dos Serviços de Saúde”. Ou seja, deve ser emitido um único juízo de valor para a subdimensão. Nesta subdimensão, estão colocados os princípios da participação social e governança.	
Indicadores da subdimensão		
Planejamento das Ações para Promoção da Saúde		
Monitoramento das Ações para Promoção da Saúde		
Avaliação das Ações para Promoção da Saúde		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Planejamento das Ações para Promoção da Saúde	“Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade” (Teixeira, 2010, p.17). Trata-se, conforma a autora, como um instrumento de racionalização da ação humana (Teixeira, 2010). Sem dúvidas, as ações para promoção da saúde devem ser planejadas para se alcançar os objetivos e propósitos do que se anseia. Este indicador verificará a existência e a frequência de planejamento das ações para promoção em saúde. Contudo, este processo não é uma função específica da Equipe de Saúde Bucal (ESB) ou de qualquer outro profissional. Certamente todos os envolvidos devem participar de forma conjunta, incluindo os usuários (Brasil, 2018b). Contudo, por ser tratar de uma pesquisa voltada para a saúde bucal, é investigado também a participação do ESB nestes processos.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que as ações para promoção da saúde são planejadas	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde

	Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que os usuários participam do processo de planejamento das ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Monitoramento das Ações para Promoção da Saúde	Monitoramento é um processo que possibilita a observação e mediação contínua de uma intervenção (Carvalho, Souza, Shimizu <i>et al</i> , 2012). Em outras palavras, é um acompanhamento contínuo, que possibilita ver se a intervenção está sendo executada conforme o planejado. Este indicador verifica a existência e a frequência de monitoramento das ações para promoção em saúde. Contudo, este processo não é uma função específica da ESB ou de qualquer outro profissional. Certamente todos os envolvidos devem participar de forma conjunta, incluindo os usuários (Brasil, 2018b). Contudo, por ser tratar de uma pesquisa voltada para a saúde bucal, é investigado também a participação do ESB nestes processos.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que as ações para promoção da saúde são monitoradas	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB no processo de monitoramento das ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de monitoramento das ações para promoção da saúde	Não = 0 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Avaliação das Ações para Promoção da Saúde	A avaliação se difere do monitoramento. A avaliação deve necessariamente emitir juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes, para a tomada de decisão. Este processo permite a análise crítica, indicando as experiências exitosas e a direção a ser seguida (Barros, Miranda, Rossi 2019). O propósito mais importante da avaliação não é 'provar', mas 'melhorar' uma determinada intervenção (Stufflebeam, 2003). Ou seja, a avaliação em saúde visa "guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa" (Costa, Castanhar, 2003, p. 972). Este indicador verifica a existência e a frequência de avaliações das ações para promoção em saúde. Contudo, este processo não é uma função específica da ESB ou de qualquer outro profissional. Certamente todos os envolvidos devem participar de forma conjunta. Contudo, por ser tratar de uma pesquisa voltada para a saúde bucal, será investigado a participação do ESB nestes processos. Será verificado também se os resultados das avaliações são apresentados/discutidos em Conselho Local/Municipal de Saúde.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência

Frequência em que as ações para promoção da saúde são avaliadas	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência da participação da ESB no processo de avaliação das ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de avaliação das ações para promoção em saúde	Não = 0 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 4	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que os resultados das avaliações das ações para promoção da saúde são discutidos no Conselho de Saúde (CS) Local/Municipal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Recursos Físicos e Humanos	De acordo com Hubley, Copeman e Woodall (2021), a não disponibilidade de materiais, insumos, tempo e estrutura física impacta diretamente o adequado funcionamento de intervenções de promoção da saúde. Por vezes, os profissionais ficam excessivamente envolvidos com as atividades ambulatoriais, comprometendo o desenvolvimento de ações para promoção da saúde. Esta subdimensão verifica aspectos relacionados a disponibilidade de recursos físicos e humanos para as ações para promoção da saúde, sem restringir ao contexto da odontologia. Afinal, considerando os princípios da promoção da saúde, expostos na PNPS, as ações para promoção da saúde com ênfase na saúde bucal não devem ser realizadas isoladamente, mas em conjunto. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliada em conjunto com a subdimensão “Recursos Físicos e Humanos” da dimensão “Melhoria dos Serviços de Saúde”. Ou seja, deve ser emitido um único juízo de valor para a subdimensão. Estão colocados os princípios da integralidade e intrasetorialidade nesta subdimensão.	
Indicadores da subdimensão		
Disponibilidade de Materiais Necessários		
Suficiência da Carga-horária dos Profissionais de Saúde destinada para o desenvolvimento das Ações para Promoção da Saúde		
Existência de Espaços Coletivos		
Educação Permanente		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Disponibilidade de Materiais Necessários	A indisponibilidade dos materiais necessários para execução das ações para a promoção da saúde pode influenciar adequada realização das ações para promoção da saúde. Certamente, os materiais facilitam o desenvolvimento das ações. Este indicador verifica a disponibilidade de materiais para a execução da ação. Ressalta-se que estes não são restritos ao contexto da saúde bucal.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Disponibilidade dos materiais para a execução ação para promoção da saúde.	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde

	Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	
Indicador	Rationale (justificativa)	
Suficiência da Carga-horária dos Profissionais destinada para o desenvolvimento das Ações para Promoção da Saúde	Por vezes os profissionais da saúde ficam excessivamente envolvidos com as atividades ambulatoriais, comprometendo o desenvolvimento de ações para promoção da saúde. Faz-se necessário a disponibilidade de tempo para este possa executá-las de forma adequada. Este indicador verifica a suficiência da carga-horária dos profissionais destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde. Ressalta-se que estes não são restritos aos profissionais da ESB.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Suficiência da carga-horária dos profissionais destinada para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde	Insuficiente = 0 Parcialmente suficiente = 2 Suficiente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Existência de Espaços Coletivos	A existência de espaços coletivos para a realização das ações para promoção da saúde é de extrema importância. Estes espaços podem ser a sala de atividades coletivas nas UBS. A sua disponibilidade, por dispensar o deslocamento das equipes de saúde para outro local, pode ser considerado um aspecto positivo. Contudo, na perspectiva da intersetorialidade e da territorialidade, fortes componentes da promoção da saúde, a noção de espaços coletivos pode ser ampliada. Logo, outros espaços coletivos, como centros comunitários e igrejas, por exemplo, devem também ser considerados. Neste sentido, o deslocamento da equipe pode ser considerado também um aspecto positivo. Este indicador verifica a existência de espaços coletivos realização das atividades coletivas.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência espaços coletivos realização das atividades coletivas.	Não = 0 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Educação Permanente	A educação permanente apresenta por finalidade a “transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho” (Brasil, 2018a, p. 99). Este indicador verifica se há oferta de ações de educação permanente voltadas para promoção da saúde e se os profissionais consideram essa oferta suficiente. Ademais, é verificado as modalidades de ações de educação permanente ofertadas apenas para conhecimento. Ressalta-se que este indicador não é restrito aos profissionais da ESB.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de oferta de ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde	Não=0 Sim, mas não suficiente = 2 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Modalidades de ações de educação permanente relacionadas à promoção da saúde	Sem oferta = 0 Oferta de uma ou mais das modalidades abaixo = 4 <i>Telessaúde</i> <i>EAD/UNASUS</i> <i>Cursos presenciais</i> <i>Troca de experiência</i> <i>Tutoria/preceptoria relacionadas à promoção da saúde</i> <i>Incentivo à participação em eventos científicos</i> <i>Incentivo à ingresso em pós-graduações</i>	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde

Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de incentivo a participação de educação permanente relacionadas à promoção da saúde	Não =0 Sim = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Abordagem Territorial	Para se operar ações para promoção da saúde, faz-se importante a consideração pelas necessidades em saúde da população de um determinado território (Brasil, 2018). A territorialidade considera as singularidades e especificidades de cada localidade para o planejamento e desenvolvimento de ações para promoção da saúde intrasetoriais e intersetoriais, com impacto na situação e nos determinantes da saúde dos sujeitos, de forma equânime” (Brasil, 2018b). Trata-se de uma expressão fundamental da prática e ações da promoção da saúde (Brasil, 2018b). Uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é o “fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social” (Brasil, 2018b, p. 13). É fato a importância da adoção de uma abordagem territorial na promoção da saúde. Trata-se de uma ferramenta para o planejamento de ações de saúde, uma vez que possibilita conhecer aspectos econômicos, sociais e os principais problemas de saúde da população adstrita, permitindo que atividades e intervenção voltas às necessidades das comunidades sejam desenvolvidas (Araújo, Alvez Filho, Silva, 2017). Afinal, para que as ações possam agir na resolução de problemas que atinjam suas comunidades de atuação (Moretti, Teixeira, Suss <i>et al</i>, 2010). De fato, considerar aspectos relacionados às questões específicas de um determinado território e população faz com que a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal seja mais condizente com as realidades tão heterogêneas num país como o Brasil. Esta subdimensão verifica aspectos relacionados à abordagem territorial para o desenvolvimento das ações para promoção da saúde. Contudo, para não ferir os princípios da promoção da saúde, os indicadores desta subdimensão serão analisados a partir da visão ampliada, não restringindo apenas aos aspectos relacionados ao contexto da saúde bucal especificamente. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliado em conjunto com a subdimensão “Abordagem Territorial” da dimensão “Melhoria dos Serviços de Saúde”. Ou seja, deve ser emitido um único juízo de valor para a subdimensão. Estão colocados os princípios da integralidade, territorialidade, sustentabilidade, equidade, intrassetorialidade e intersectorialidade.	
Indicadores da subdimensão		
Perfil Epidemiológico da Condição de Saúde da População Adscrita		
Perfil Epidemiológico da Condição Bucal da População Adscrita		
Perfil Socioeconômico da População Adscrita		
Identificação das Necessidades e Demandas no Território		
Priorização de Ações voltadas para Famílias/Grupos em situações mais vulneráveis no Território		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Perfil Epidemiológico da Condição Bucal da População Adscrita	As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a importância do conhecimento do perfil epidemiológico da população para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde (Brasil, 2004). Tratando-se de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, além do conhecimento da condição de saúde dos sujeitos do território, é preciso conhecer o perfil epidemiológico da condição bucal especificamente. Por certo, o planejamento de ações para promoção da saúde sem este conhecimento pode comprometer a eficiência das ações e estas podem ficar descoladas da realidade da população. Este indicador analisa se o perfil epidemiológico da condição bucal da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver as ações para a promoção da saúde no território. Entende-se que este conhecimento seria acerca dos agravos bucais mais	

	prevalentes no território.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que o perfil epidemiológico da condição bucal (agravos bucais mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Perfil Epidemiológico da Condição de Saúde da População Adscrita	As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a importância do conhecimento do perfil epidemiológico da população para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde (Brasil, 2004). Tratando-se de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, além do conhecimento da condição bucal da comunidade especificamente, é preciso conhecer a situação de saúde como um todo. Afinal, “promover a saúde bucal implica em recolocar a boca dentro do corpo” (Moysés, Kusma, 2008, p. 252). Muitos hábitos trazem benefícios tanto para a saúde geral quanto para a bucal de um indivíduo. Por certo, o planejamento de ações para promoção da saúde sem este conhecimento pode comprometer a eficiência das ações e estas podem ficar descoladas da realidade da população. Este indicador analisa se o perfil epidemiológico da condição de saúde da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver as ações para a promoção da saúde no território. Entende-se que este conhecimento seria acerca das comorbidades mais prevalentes no território.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que o perfil epidemiológico da condição de saúde (comorbidades mais prevalentes) da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Perfil Socioeconômico da População Adscrita	As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a importância do conhecimento do perfil socioeconômico da população para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde (Brasil, 2004). Tratando-se de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, além do conhecimento da condição de saúde e dos principais agravos bucais dos sujeitos do território, é preciso conhecer o perfil socioeconômico. Informações acerca dos aspectos econômicos e sociais, como a faixa etária, a escolaridade, a renda familiar, a moradia e a ocupação da população do território são algumas informações que influenciam totalmente a saúde das pessoas. Por certo, esse conhecimento é fundamental para a elaboração de ações para promoção da saúde. Este indicador analisa se o perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver as ações para a promoção da saúde no território. Entende-se por perfil socioeconômico, os dados econômicos e sociais.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que o perfil socioeconômico da população adscrita é considerado para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Identificação das Necessidades e Demandas no Território	Por certo, as necessidades de saúde se expressam de diferentes formas, conforme cada indivíduo e comunidade (Sauer, Nilson, Dolny <i>et al</i> , 2018). As ações para promoção da saúde devem considerar as necessidades e as	

	demandas das pessoas. Este conhecimento pode ser adquirido através do diagnóstico comunitário. A partir disto, é possível reunir usuários em condições semelhantes e conversar sobre suas vontades, anseios e necessidades e propor, em conjunto, ações de saúde (Sauer, Nilson, Dolny <i>et al</i> , 2018). A elaboração de ações para promoção da saúde identificar as necessidades e demandas no território. Este indicador analisa se as necessidades e demandas do território são considerados quando se planeja e desenvolve as ações para promoção da saúde. Entende-se que necessidades e demandas são quaisquer questões no território que interfiram na saúde da comunidade.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que as necessidades e demandas no território são identificadas para se planejar e desenvolver ações para promoção da saúde	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Priorização de Ações voltadas para Famílias/Grupos em situações mais vulneráveis no Território	É preciso que as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal estejam compromissadas em combater as situações injustas e evitáveis. É preciso alocar esforços aos indivíduos que se encontram em situações vulneráveis. Pessoas em situação de rua, inseridas em quadro de pobreza, miséria, fome e violência, são exemplos de vulnerabilidade. De fato, as ações para promoção da saúde devem estar sempre centradas no princípio da equidade (Brasil, 2018b). Logo, este indicador verifica se há priorização de desenvolvimento de ações para promoção de saúde voltadas aos grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas do território.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que há priorização de ações voltadas para famílias/grupos em situações mais vulneráveis no território	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	CD, ENF e ACS da Equipe de Saúde
Dimensão	Rationale (justificativa)	
Melhoria dos Serviços de Saúde	A melhoria dos serviços de saúde seria a possibilidade mudanças quantitativas e qualitativas nos serviços, para que estes sejam mais eficientes, acessíveis e aceitáveis para a comunidade (Who, 2019; Hubley, Codeman, Woodall, 2021). Entende-se que os serviços de saúde bucal influenciam as estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Assim, a disponibilidade de serviços de saúde bucal de qualidade, dispondo profissionais com perfil e em quantidade adequada, com recursos físicos e oferta de atendimentos e procedimentos odontológicos exigidos em legislação, são alguns aspectos importantes para a promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Esta dimensão analisa aspectos relacionados especificamente ao serviço de saúde bucal.	
Subdimensões da Dimensão		
Serviço de Saúde Bucal		
Gestão Participativa		
Recursos Físico e Humano		
Abordagem Territorial		
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Serviço de Saúde Bucal	Não há dúvidas que a disponibilidade de serviços de saúde bucal organizados, acessíveis e de qualidade, dispondo de atendimentos, procedimentos odontológicos e práticas complementares, em todos os níveis de atenção, numa lógica de atendimento condizente aos preceitos da Estratégia Saúde da Família, são aspectos fundamentais, que influenciam positivamente a implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Afinal, entende-se que a melhoria dos serviços de saúde seja um fator imprescindível e influencia completamente as estratégias de promoção da saúde. Como o objeto desta pesquisa é a saúde bucal, esta	

	subdimensão verifica aspectos relacionados especificamente ao serviço de saúde bucal.	
Indicadores da subdimensão		
Oferta de Procedimentos Odontológicos		
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		
Modelo de Atenção à Saúde		
Acesso aos Serviços de Saúde Bucal		
Acessibilidade aos Serviços de Saúde Bucal		
Atenção Especializada		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Oferta de procedimentos Odontológicos	A oferta de procedimentos odontológicos deve também ser vista como uma estratégia de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Minimamente, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem realizar na Atenção Básica à Saúde alguns procedimentos odontológicos. Este indicador considera os seguintes procedimentos como mínimos: <i>Atendimento às urgências odontológicas;</i> <i>Exodontias de dente permanente;</i> <i>Exodontia de dente decíduo;</i> <i>Restaurações em resina composta/amálgama/ionômero de vidro;</i> <i>Acesso à polpa;</i> <i>Aplicação de flúor;</i> <i>Aplicação de selante ionomérico;</i> <i>Remoção de sutura;</i> <i>Raspagem, alisamento e polimento supragengival;</i> <i>Detecção de lesão bucal;</i> <i>Ajustes de próteses que estão causando lesão ou desconforto;</i> <i>Cimentação de prótese</i>	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Oferta de procedimentos odontológicos básicos listados	<100% = 0 100% = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) têm o potencial de proporcionar melhorias nas condições de saúde do paciente, a construção de vínculos entre paciente e profissional, a redução do uso de medicamentos, além de suporte para o autoconhecimento (Lemos, 2019). Portanto, essas práticas vêm ao encontro dos preceitos básicos da promoção da saúde. Este indicador verifica se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) realiza ou ao menos encaminha os usuários para realizar PICS. Considera-se o “encaminhar” devido ao fato de nem todos os cirurgiões-dentistas terem habilitação para executarem PICS. Contudo, isso não justifica o fato de não haver a oferta dessa prática no serviço de saúde, executada por outros profissionais habilitados.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
ESB realiza ou encaminha os usuários para realizar PICS	Não realiza nem encaminha = 0 Encaminha, apenas = 2 Realiza = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Modelo de Atenção à Saúde	Ainda hoje o modelo hegemônico de saúde bucal é o assistencial-privatista, conhecido como odontologia de mercado (Narvai, Frazão, 2008). Este é caracterizado por ser demasiadamente curativista, individualista, tecnicista e por se fixar no mercado privado, privilegiando aqueles que podem pagar pelos serviços. Ainda, este modelo de atenção é excludente e estritamente técnico assistencial, com pouca ênfase na promoção e prevenção, ainda é predominante no cenário atual. A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe a perspectiva de atuação em um novo modelo de atenção, com base na Vigilância em Saúde, e mais voltado à promoção da saúde. Esse modelo de atenção se caracteriza por ser/utilizar: <i>De acesso universal;</i> <i>Voltado para a promoção da saúde, prevenção dos agravos e tratamento de doenças;</i>	

	<i>Não curativista, nem mutilador nem individualista;</i> <i>Recursos epidemiológicos para a classificação de risco dos usuários.</i> <i>Para medir essas características, são investigados neste indicador os seguintes aspectos ao cirurgião-dentista da UBS e ao gestor do Serviço de Saúde Bucal:</i> <i>Todas as pessoas que buscam atendimento são atendidas;</i> <i>São realizadas ações para promoção da saúde frequentemente</i> <i>São realizadas ações de prevenção aos agravos bucais frequentemente</i> <i>Há território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal</i> <i>É considerado o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população e as doenças mais prevalentes na organização e planejamento do serviço de saúde e as doenças mais prevalentes na organização e planejamento do serviço de saúde</i> <i>Os dados epidemiológicos são bem utilizados para a classificação de risco dos usuários</i> <i>A maioria dos usuários tem o tratamento odontológico concluído</i> <i>As áreas de risco do território são mapeadas</i> <i>É feito o monitoramento dos indicadores de saúde</i> <i>“Restaurações” é o procedimento mais realizado em dentes permanentes</i> <i>“Restaurações” é o procedimento mais realizado em dentes decíduos</i> <i>Realiza-se mais acesso à polpa em dentes permanentes do que exodontias</i>	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de um modelo de atenção compatível com os preceitos da Estratégia Saúde da Família.	$\leq 50\%$ das características = 0 $\geq 80\%$ das características = 4 Demais situações = 2	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde e Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Acesso aos serviços de Saúde Bucal	Para que a população tenha acesso às ações que promovam saúde, primeiro ela precisa ter acesso aos serviços de saúde bucal. Contudo, acesso é um conceito amplo e complexo. Apesar de limitado, este indicador analisa o acesso por meio da cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal (ESB). É certo que a cobertura populacional inadequada é uma importante lacuna da entrada dos usuários aos serviços de saúde bucal. É preciso destacar que não existe parâmetro de cobertura populacional por ESB definido em normativa. Logo, esta avaliação considera a cobertura de 70% ou mais como adequado. Para se calcular este indicador será utilizado a fórmula recomendada pela nota técnica da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde: $(n^{\circ} \text{ ESB} \times 3.450 / \text{população de cada região}) \times 100$	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Cobertura populacional por Equipes de Saúde Bucal	$< 50\% = 0$ Entre 50 e 70% = 2 $> 70\% = 4$	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde e Gestor do Serviço de Saúde Bucal
Indicador	Rationale (justificativa)	
Acessibilidade aos Serviços de Saúde Bucal	Quanto ao termo acessibilidade, Travassos e Martins (2004) abordam a concepção de Donabedian (1973, 2003) que se refere aos fatores que facilitam (ou não) a utilização dos serviços de saúde pela população (Damanesceno, Cruz, Barros, 2021). Se serviços de saúde efetivos, acessíveis e aceitáveis para a comunidade estão diretamente relacionados com a promoção da saúde dos indivíduos (Oms, 2019; Hubley, Codeman, Woodall, 2021), logo os fatores relacionados com a acessibilidade aos serviços de saúde devem ser verificados em uma avaliação de implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Dentre os fatores de acessibilidade, citam-se os sócio-organizacionais, que estão relacionados com as características organizacionais e de oferta dos serviços, como as formas de triagem, marcação de consultas e fluxo (Damanesceno, Cruz, Barros, 2021). Assim, o agendamento da primeira consulta odontológica e a marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico são fatores importantes relativos à acessibilidade aos serviços de saúde bucal e, conseqüentemente, para a promoção da saúde. Ressalta-se que os casos em que o paciente precisa ficar na fila e pegar senha para o atendimento; ou os casos em que é solicitado ao usuário que venha à UBS no dia de marcação de consulta para saúde bucal (sem agendamento prévio) não serão	

	considerados forma de agendamento. Este indicador analisa a acessibilidade aos serviços de saúde bucal, por meio das formas existentes de agendamento da primeira consulta odontológica e a marcação para a continuidade do tratamento.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de agendamento da primeira consulta odontológica	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Atenção Especializada	No contexto da Rede de Atenção à Saúde bucal, existem dois pontos de atenção de suma importância, distribuídos espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada Ambulatorial, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção Especializada Hospitalar, nas macrorregiões sanitárias (Brasil, 2018a). Na prática são, respectivamente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Serviços Especializados em Saúde Bucal (SESB) e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca (Brasil, 2018a). Se a disponibilidade de serviços de saúde bucal é um aspecto importante no que se refere as estratégias de promoção da saúde, este indicador verificará a existência de referência para o CEO ou SESB, apenas. Ressalta-se que não será avaliado a qualidade ou outros aspectos relacionados a atenção especializada, apenas a existência de referência.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de referência para o CEO/SESB	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Gestão Participativa	Para o bom desempenho dos serviços de saúde bucal, faz-se necessário a definição das metas, a organização dos recursos e informações para que as tomadas de decisão sejam sempre pautadas em evidências. Os serviços precisam de gestão, dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação. Contudo, de acordo com Pinto Filho (2019) a gestão pública em saúde tradicionalmente organizada conforme os conhecimentos das categorias profissionais. Isto é, as decisões são centralizadas e fragmentadas do processo de trabalho, sendo valorizado o produto e o resultado. Contudo, a gestão também deve ser humanizada (Pinto Filho, 2019). Por isso, tem sido amplamente discutido a democratização da gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) adota a proposta de gestão participativa. Este modelo de gestão visa a inclusão outros indivíduos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão (Brasil, 2013). Esse modelo de gestão é “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente, ampliando o grau de transversalização entre sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde” (Pinto Filho, 2019, p. 3). Apesar de desafiador, a gestão participativa significa a distribuição de poder e a participação de diferentes profissionais e da sociedade civil nas decisões. Esta subdimensão verificará existência e a frequência dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação para a organização do serviço de saúde bucal. Por ser tratar de uma pesquisa voltada para a saúde bucal, serão investigados estes processos voltados para o serviço de saúde bucal. Como conselhos de saúde e ocupam a condição de instância formal de exercício de participação social (Silva, Lima, 2021), é verificado também se os resultados das avaliações são apresentados/discutidos no Conselho Local ou Municipal de Saúde. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliada em	

	conjunto com a subdimensão “Gestão Participativa” da dimensão “Ações para Promoção da Saúde”. Ou seja, deve ser emitido um único juízo de valor para a subdimensão. Nesta subdimensão, estão colocados os princípios da participação social, intrasetorialidade, intersectorialidade e governança.	
Indicadores da subdimensão		
Planejamento para Organização do Serviço de Saúde Bucal		
Monitoramento do Serviço de Saúde Bucal		
Avaliação do Serviço de Saúde Bucal		
Pesquisas de satisfação com os usuários para reorganização do Serviço de Saúde Bucal		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Planejamento do Organização do Serviço de Saúde Bucal	“Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (Teixeira, 2010, p.17). Devido à complexidade das demandas nos serviços de saúde bucal, estes devem contar com processos de planejamento. Este indicador verifica a existência e a frequência em que ocorre planejamento para a organização dos serviços de saúde bucal. Certamente, além dos profissionais da saúde bucal, outros sujeitos também podem participar. Assim, é investigado a existência e frequência em que ocorre o processo de planejamento dos serviços de saúde bucal e a possibilidade de outros profissionais ou usuários participarem desse processo.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que ocorre o planejamento para a organização do serviço de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência da possibilidade de outros profissionais - fora da área saúde bucal; participarem do processo de planejamento para a organização do serviço de saúde bucal	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência da possibilidade dos usuários participarem do processo de planejamento para a organização do serviço de saúde bucal	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Monitoramento do Serviço de Saúde Bucal	Monitoramento é um processo que possibilita a observação e mediação contínua de uma intervenção (Carvalho, Souza, Shimizu <i>et al</i> , 2012). Em outras palavras, é um acompanhamento contínuo, que possibilita se a intervenção está sendo executada conforme o planejado. Os processos de monitoramento são importantes, visando que os serviços de saúde bucal alcancem melhores desempenhos. Este indicador verifica a existência e a frequência em que ocorre o monitoramento dos serviços de saúde bucal. Certamente, além dos profissionais da saúde bucal, outros sujeitos também podem participar. Assim, é investigado a existência e frequência em que ocorre o processo de monitoramento dos serviços de saúde bucal e a possibilidade de outros profissionais ou usuários participarem desse processo.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que ocorre o monitoramento do serviço de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência

Frequência em outros profissionais, fora da área saúde bucal, do processo de monitoramento do serviço de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em os usuários participam do processo de monitoramento do serviço de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Avaliação do Serviço de Saúde Bucal	A avaliação se difere do monitoramento. A avaliação deve necessariamente emitir juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes, para a tomada de decisão. Este processo permite a análise crítica, indicando as experiências exitosas e a direção a ser seguida (Barros, Miranda, Rossi 2019). O propósito mais importante da avaliação não é 'provar', mas 'melhorar' uma determinada intervenção (Stufflebeam, 2003). Ou seja, a avaliação em saúde visa "guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa" (Costa, Castanhar, 2003, p. 972). Sem dúvidas, trata-se de um processo imprescindível para os serviços de saúde bucal. Este indicador verifica a existência e a frequência em que ocorre a avaliação dos serviços de saúde bucal. Certamente, além dos profissionais da saúde bucal, outros profissionais e os usuários, também podem participar. Assim, é investigado a existência e frequência em que é feita a avaliação dos serviços de saúde bucal e a existência da possibilidade de outros profissionais ou usuários participarem desse processo. É verificado também se os resultados das avaliações são apresentados/discutidos no Conselho Local de Saúde/Conselho Municipal de Saúde	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que são realizadas avaliações dos serviços de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que outros profissionais, fora da área saúde bucal, participam das avaliações dos serviços de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 3	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que os usuários participam das avaliações dos serviços de saúde bucal	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 4	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que os resultados das avaliações dos serviços de saúde bucal são apresentados e discutidos no Conselho Local de Saúde (CLS)	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Pesquisas de satisfação com os usuários para reorganização do Serviço de Saúde Bucal	A pesquisa de satisfação com os usuários é "uma ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho desenvolvido, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto político estabelecido" (Mishima, Pereira, Matumoto et	

	al, 2010, p. 150). Assim, as pesquisas de satisfação dos usuários são fundamentais para a melhoria dos serviços de saúde e, consequentemente, para as estratégias de promoção da saúde. Este indicador verifica a existência de pesquisas de satisfação com os usuários e a frequência em que ocorrem. Além disso, é verificado a frequência em que os resultados destas são usadas para reorganização do Serviço de Saúde Bucal.	
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que são realizadas pesquisas de satisfação com os usuários	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que os resultados das pesquisas de satisfação com os usuários são usados para reorganização do serviço de saúde bucal.	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Recursos Físicos e Humanos	Os recursos físicos e humanos impactam o adequado funcionamento dos serviços de saúde bucal. Por certo, a não disponibilidade de profissionais e de equipamentos, insumos e estrutura física em qualidade e quantidade suficiente impacta diretamente o adequado funcionamento de intervenções de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Afinal, entende-se que a melhoria dos serviços de saúde seja um fator imprescindível e influencia completamente as a promoção da saúde. Logo, visando a adequada implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, os serviços de saúde bucal devem contar recursos humanos e estrutura física para desempenharem suas funções clínicas. Esta subdimensão verifica aspectos relacionados especificamente com os serviços e profissionais de saúde bucal. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliado em conjunto com a subdimensão “Recursos Físicos e Humanos” da dimensão “Ações para Promoção da Saúde”. Ou seja, deve ser emitido um único juízo de valor para a subdimensão.	
Indicadores da subdimensão		
Perfil do Cirurgião-dentista para atuar na Equipe de Saúde Bucal		
Profissional Auxiliar em Saúde Bucal		
Adequação de Equipamentos e Periféricos		
Adequação de Instrumentais e Insumos		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Perfil do cirurgião-dentista para atuar na Equipe de Saúde Bucal	Conforme o Caderno de Saúde Bucal no SUS de 2018, os cirurgiões-dentistas ainda tendem a reproduzir no cotidiano do trabalho o modelo biomédico (Brasil, 2018a). A prática odontológica ainda é caracterizada pelo desenvolvimento de atividades meramente clínicas e curativas (Brasil, 2018a). Por certo, a formação destes profissionais apresenta um papel importante para superar este modelo de atenção ainda hegemônico. (Brasil, 2018a). Desta forma, a formação do cirurgião-dentista pode refletir o perfil do profissional para atuar na Equipe de Saúde Bucal (ESB). Profissionais que buscam formação na área de saúde coletiva, saúde pública ou saúde da família tendem a ter um perfil mais voltado à saúde da população, por conseguinte, maior capacitação e comprometimento para a realização de ações para promoção da saúde. Ainda, os profissionais que buscam e participam com frequência de ações de educação permanente voltados para o trabalho na equipe saúde da família também refletem maior interesse em aprimorar a sua prática profissional e a organização do trabalho, significando um aspecto extremamente positivo quanto ao perfil do profissional. Logo, este indicador analisa o perfil dos cirurgiões-dentistas a partir do seu título e da sua participação em cursos preparação/congressos e em ações de educação permanente voltados para o trabalho na equipe saúde da família.	

Medida 1	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Título de especialista, mestre ou doutor em saúde da família ou saúde coletiva/pública e participação em cursos de preparação/congressos voltados para o trabalho na equipe saúde da família nos últimos 5 anos	Não possui título de especialista, mestre ou doutor <u>nem</u> participou de cursos de preparação ou congressos nos últimos 5 anos = 0 Possui título de especialista, mestre ou doutor <u>ou</u> participou de cursos de preparação e/ou congressos nos últimos 5 anos = 2 Possui título de especialista, mestre ou doutor <u>e</u> participou de cursos de preparação e/ou congressos nos últimos 5 anos = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Medida 2	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que o profissional participa das ações de educação permanente voltados para o trabalho na equipe saúde da família	Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Profissional Auxiliar em Saúde Bucal	O emprego de pessoal auxiliar aumenta a cobertura das ações em saúde bucal (Brasil, 2018). De acordo com dados da literatura científica, a delegação de tarefas ao auxiliar leva o cirurgião-dentista a uma redução de 46% na prática das funções clínicas, enquanto a inserção de uma segunda auxiliar eleva esse percentual para aproximadamente 62%, ficando concernentes ao cirurgião-dentista aproximadamente 38% do total das funções clínicas, sem computar as atividades administrativas e de gestão e organização do serviço (Brasil, 2018a). Ademais, estes profissionais podem e devem participar das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2018a). Assim, a existência de profissional auxiliar influencia positivamente na implementação das ações de promoção da saúde. Este indicador verifica a existência desses profissional por cirurgião-dentista.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) para cada cirurgião-dentista	Menos de 1 ASB ou TSB por cirurgião-dentista = 0 1 ASB ou TSB por cirurgião-dentista = 2 1 ASB e 1 TSB por cirurgião-dentista = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Adequação de Equipamentos e Periféricos	Não há dúvidas sobre a importância da disponibilidade de serviços de saúde de qualidade para a promoção da saúde (OMS, 2019; Hubley, Codeman, Woodall, 2021). A falta de recursos materiais e equipamentos de saúde pode influenciar os serviços de saúde e, por consequência, as intervenções de promoção da saúde (Sharma, Petosa, 2023; Hubley, Copeman, Woodall, 2021). Certamente, os serviços de saúde bucal deve, dispor de Equipamentos e Periféricos mínimos para que haja de serviços eficientes. Este indicador verifica este aspecto por meio da adequação da quantidade de cadeiras odontológicas, equipo, unidade auxiliar e refletor em funcionamento. Entende-se que é necessário um para cada ESB.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Quantidade de cadeiras odontológicas, equipo, unidade auxiliar e refletor em funcionamentos compatíveis com a quantidade de Equipes de Saúde Bucal atuantes na Unidades Básicas de Saúde	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Adequação de Instrumentais e Insumos	Não há dúvidas sobre a importância da disponibilidade de serviços de saúde de qualidade para a promoção da saúde (OMS, 2019; Hubley, Codeman, Woodall, 2021). A falta de recursos materiais e equipamentos de saúde pode influenciar os serviços de saúde e, por consequência, as intervenções de	

	promoção da saúde (Sharma, Petosa, 2023; Hubley, Copeman, Woodall, 2021). Certamente, os serviços de saúde bucal deve, dispor de Instrumentais e Insumos mínimos para a realização dos procedimentos clínicos. Este indicador verifica este aspecto por meio do reto do profissional ter deixado de atender devido à falta de insumo e/ou instrumentais no último ano.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Relato de o profissional ter deixado de atender devido à falta de insumo e/ou instrumentais nos últimos 6 meses	Não = 4 Sim = 0	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Subdimensão	Rationale (justificativa)	
Abordagem Territorial	O olhar para o território e a consideração pelas singularidades e especificidades de cada localidade é fator fundamental para a organização dos serviços de saúde. Por certo, é preciso conhecer aspectos econômicos, sociais e os principais problemas de saúde da população adstrita, permitindo que intervenção voltadas às necessidades das comunidades sejam desenvolvidas (Araújo, Alvez Filho, Silva, 2017). Conforme o conceito “território usado” de Milton Santos, o território é o “chão mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence (...) é a base do trabalho, das trocas materiais e espirituais e da vida” (Santos, 2003, p. 96). Logo, esta abordagem territorial, no sentido de organizar os serviços de saúde a partir deste conhecimento, é fundamental para a melhoria dos serviços e, por consequência, das estratégias de promoção da saúde. Esta subdimensão verifica aspectos relacionados à abordagem territorial para a organização dos serviços de saúde bucal especificamente. Ressalta-se ainda que esta subdimensão é avaliada em conjunto com a subdimensão “Abordagem Territorial” da dimensão “Ações para Promoção da Saúde”. Ou seja, deve emitido um único juízo de valor para a subdimensão. Estão colocados os princípios da territorialidade e sustentabilidade.	
Indicadores da subdimensão		
Territorialidade e População de Referência		
Análise da Situação Local de Saúde		
Indicador	Rationale (justificativa)	
Territorialidade e População de Referência	Para que os propósitos das estratégias de promoção da saúde se cumpram, “o reconhecimento do território na escala do cotidiano é um caminho para a promoção da saúde enraizada no entendimento da complexidade e das necessidades diárias” (Colin, Pelicioni, 2018, p.1257). Assim, a existência de território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal (ESB) são aspectos fundamentais para a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase em saúde bucal. Este indicador verifica se existe território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal (ESB).	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Existência território definido e população de referência para a Equipe de Saúde Bucal	Não = 0 Sim = 4	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde
Indicador	Rationale (justificativa)	
Análise da situação de saúde da população adscrita	A análise da situação de saúde se refere ao levantamento das condições de saúde da população adscrita. Esta análise é importante, pois permite conhecer os problemas e as necessidades de saúde e determinar os usuários expostos a maiores riscos. Trata-se de uma forma de conhecer o território e organizar os serviços de saúde bucal, conforme as principais necessidades da comunidade. Isto, certamente, possibilita a melhoria dos serviços de saúde bucal e, por consequência, as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Este indicador verifica a frequência em que o serviço de saúde bucal é organizado conforme a análise situação de saúde da população adscrita.	
Medida	Parâmetro adotado	Fonte de evidência
Frequência em que o serviço de saúde é organizado a partir da	Nunca = 0 Raramente = 1	Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde

Análise da Situação de Saúde da população adscrita	Ocasionalmente = 2 Frequentemente = 3 Muito frequentemente = 4	
--	--	--

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- ALLEGGRANTE, J. P.; MARGARET, B. B.; COLLINS, A. O. et al. *Health Education & Behavior*, v. 36, n. 3, p. 476-482, 2009.
- ALVARENGA, W. A.; SILVA, M. E. D. C.; SILVA, S. S. et al. Ações de Educação em Saúde realizadas por enfermeiros na escola: percepção de pais. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 522-527, 2012.
- ANDRÉ, A. N.; RAMOS, J. V. B.; CRUZ, P. J. S. C. et al. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Revista Saúde em Redes*, v. 7, n. 2, 2021.
- AZEVEDO, P. R.; SOUSA, M. M.; SOUZ, N. F. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 10, n. 1, p. 260-267, 2018.
- BARROS, S. G.; MIRANDA, C. E. B.; ROSSI, T. R. A. et al. Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 207-222, 2019.
- BRASIL. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.
- BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.
- CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. S.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar "dogmas". *Saúde em Debate*, v. 41, n. 3, p. 265-276, 2017.
- CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. 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.
- CLOSS, T. T.; COLLIONI, A. G.; FACCIOLI, L. S. et al. Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde. In: *Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família. Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. v. 1, p. 1-11.

- COLIN, E. C. S.; PELICIONI, M. C. F. Territorialidade, desenvolvimento local e promoção da saúde: estudo de caso em uma vila histórica de Santo André, São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 4, p. 1246-1260, 2018.
- COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.
- CONCEIÇÃO, D. S.; VIANA, V. S. S.; BATISTA, A. K. et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.
- COUTO, N. A.; KLEINPAUL, W. V.; BORFE, B. F. et al. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Revista Unisc*, v. 17, n. 4, 2016.
- DE ASSISAS; DE CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, p. 1-17, 2018.
- DUTRA, D. M. P.; MOREIRA, M. M. Avaliação e monitoramento de sistemas de informação em saúde. In: JORGE, M. S. B.; GARCIA FILHO (Orgs.). *Práticas de gestão, processos, planejamento e avaliação*. Fortaleza: EdUECE, 2018. Cap. 16, p. 268-290.
- EMMI, D. P.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 35-41, fev. 2008.
- FREIRE, M. C. M.; BALBO, P. L.; AMADOR, M. A. et al. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 20-29, 2012.
- GILLONI, L. F. G. Fatores socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde bucal relacionados ao uso de álcool em adultos homens. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de São Paulo, Piracicaba, SP.
- GÓIS, C. W. L. Psicologia comunitária: atividade e consciência. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.
- GOMES, L. C. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.
- HUBLEY, J.; CODEMAN, J.; WOODALL, J. *Practical Health Promotion*. 3. ed. John Wiley & Sons Incorporated, 2021. 352 p.
- KODAMY; SILVA, D. V.; MACHADO, M. A. S. et al. Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 2, p. 506-515, 2012.
- LEMOS, L. L. Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde de servidores públicos federais: contribuições da terapia Reiki. 2019. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Ambiente e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.
- LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do programa saúde na escola e promoção da saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018.

- LUCHESI, P. T. R.; AGUIAR, D. S. Descrição introdutória ao tema. In: LUCHESE, P. T. R. (Org.). Políticas públicas em saúde pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.
- MACHADO, D.; OLIVEIRA, K. M. C. P.; CUNHA, C. G. et al. Programa saúde na escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *SANARE*, Sobral, v. 15, n. 1, p. 62-68, 2016.
- MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 148-156, 2010.
- MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, 2010.
- PACHECO, F. P.; BOMFIM, Z. A. C. Atividade comunitária, estima de lugar e conscientização: uma análise da participação social do movimento resistência Vila Vicentina. *Interações (Campo Grande)*, p. 247-261, 2022.
- SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SAUER, A. B.; NILSON, L. G.; DOLNY, L. L. et al. Trabalho com grupos na atenção básica à saúde (recurso eletrônico). Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/unievangelica/clinica-em-saude-iii/apostila-grupos-na-abs-nucleo-telessaude-sc-ufsc/66813915>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- SILVA, J. R. T. C.; DIAS, T. R. S. C.; BORGES-PALUCH, L. R. et al. O tabagismo como fator de risco para o câncer bucal: principais evidências e tendências. *Ensaio e Ciência*, v. 25, n. 5-esp., p. 724-728, 2021.
- STUFFLEBEAM, D. The CIPP Model for Evaluation. In: KELLAGHAN, T.; STUFFLEBEAM, D. L. (Ed.). *The International Handbook of Educational Evaluation*. Dordrecht: Kluwer, 2003.
- SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 319-328, jan. 2021.
- SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J.; KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 4, p. 851-865, 2016.
- SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CORDOVA, F. P. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.
- TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológico do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. ISBN 97.
- WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 83, n. 9, p. 711-718, 2005.
- WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>. Acesso em: 20 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health. 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1. Acesso em: 20 jul. 2024.

XIMENES, V. M.; MOURA JUNIOR, J. F. Psicologia comunitária e comunidades rurais do Ceará: caminhos, práticas e vivências em extensão universitária. In: LEITE, Jader Ferreira; DIMENSTEIN, M. (Org.). Psicologia e contextos rurais. Natal: EDUFRRN, 2013.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 6.538.626

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE NA SAÚDE BUCAL EM DIFERENTES CONTEXTOS BRASILEIROS

Pesquisador: LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75158523.6.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.538.626

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ pdf, de 13/11/2023, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

RESUMO

"Sabe-se que a saúde bucal é um componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental. A promoção da saúde, por sua vez, é um processo de empoderamento dos indivíduos e das comunidades, no sentido de permitir que as pessoas tomem suas próprias decisões e tenham controle sobre as circunstâncias da sua própria vida. Além disso, visa a transformação das condições de vida e saúde dos sujeitos e coletivos. Considerando a relevância da saúde bucal para a vida de uma pessoa e a importância da promoção da saúde, a implementação de estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal é fundamental. Sendo o propósito de uma avaliação em saúde a tomada de decisão, estudos avaliativos são necessários. Dessa forma, o objetivo deste trabalho será o de avaliar a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros. Com esta avaliação, pretende-se identificar as principais barreiras relacionadas ao desenvolvimento das ações e propor meios de superação. Para isso, pretende-se realizar pesquisa avaliativa, de natureza mista. Inicialmente,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.538.626

será

elaborado e validado um modelo de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros, baseado em documentos oficiais e na literatura científica (estudo de Avaliabilidade). Na sequência, será aplicado em diversos municípios, localizados nos estados Paraná, Mato Grosso do Sul e Maranhão, um questionário on-line, com perguntas fechadas sobre implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Por fim, será realizado um Estudo de Casos Múltiplos. Nesta etapa, serão definidos os casos, que serão três municípios dos três estados na etapa anterior. Serão entrevistados gestores e cirurgiões-dentistas. As fontes de evidência para a coleta de dados serão dados primários e secundários. Para a coleta dos dados primários, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Serão utilizados os instrumentos de coleta de dados elaborados e validados anteriormente, na etapa de avaliabilidade. Para a coleta dos dados secundários, serão coletadas informações em banco de dados de domínio público (sistemas de informações oficiais e/ou documentos oficiais). Considerando ser o intuito na pesquisa verificar se o contexto influencia as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, algumas variáveis contextuais serão selecionadas, para verificar possíveis associações entre o contexto do local e os resultados deste estudo. Os dados quantitativos serão registrados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva. Os dados qualitativos serão consolidados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo por categorias pré-definidas. Será realizada a triangulação dos dados. Por fim, será emitido o julgamento de valor sobre o grau de implementação das estratégias de promoção da saúde preconizadas em âmbito nacional e internacional, em diferentes contextos brasileiros, na visão de gestores, profissionais e usuários. Ao final, será verificado a possível associação dos resultados com as variáveis contextuais dos municípios. Todos os aspectos éticos para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos serão garantidos "

METODOLOGIA

"Essa será uma pesquisa avaliativa, de natureza mista. Será desenvolvida em três etapas: 1) Estudo da Avaliabilidade; 2) Aplicação de questionário on-line; 3) Estudo de Casos Múltiplos. Para o delineamento do Estudo de Avaliabilidade, será realizada, inicialmente, uma revisão de literatura científica e análise documental relacionados ao objeto de pesquisa, que culminará na proposta inicial do modelo avaliativo (Modelo Teórico; Matriz Avaliativa; Matriz de Análise e Julgamento; instrumento de coleta de dados). Este modelo será validado em oficinas de consenso, utilizando a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.538.626

“Delphi”. Será aplicado um questionário acerca da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, via Secretaria Estadual de Saúde (SES), aos coordenadores/gestores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária de todos os municípios do Paraná, Mato Grosso do Sul e Maranhão. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Considerando ser o intuito na pesquisa verificar se o contexto influencia as estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal, algumas variáveis

contextuais serão selecionadas, para verificar possíveis associações entre o contexto do local e os resultados deste estudo. O estudo de casos múltiplos operacionalizará o modelo avaliativo elaborado e validado. Nesta etapa serão definidos os casos, que serão municípios. Serão selecionados três municípios de grande porte populacional (com mais de 100 mil habitantes), conforme a classificação proposta por Willemann et al, 2019, de três estados brasileiros: Paraná, Mato Grosso do Sul e Maranhão, localizados em diferentes regiões do Brasil (Sul, Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente). A seleção de tais estados foi devido a facilidade de acesso da pesquisadora, mas também devido às diferenças e desigualdades existentes entre os estados. As unidades de análise serão Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuam Equipes de Saúde Bucal. Serão selecionadas as UBS com melhor cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal. Nas unidades de análise, serão entrevistados dois diferentes sujeitos: gestores e cirurgiões-dentistas. Serão coletadas diferentes perspectivas, com o intuito de consolidar suas conclusões a respeito da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal. Os gestores serão aqueles que respondam pelo serviço de saúde bucal do município, independente da formação. Os cirurgiões-dentistas a serem entrevistados deverão atuar nas unidades de análise (UBS), priorizando-se aqueles que atuam há mais tempo no município e possuem formação em Saúde Coletiva. Para a coleta dos dados primários, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave (gestores e cirurgiões-dentistas atuantes na rede), em cada unidade de análise, norteada por roteiro semiestruturado. Todos os participantes assinarão o TCLE. Os dados quantitativos serão registrados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Office Excel® e analisados por meio de estatística descritiva. Os dados qualitativos serão consolidados em software Microsoft Office Excel® e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo por categorias pré-definidas, sendo as categorias de análise definidas previamente. Serão respeitados todos os aspectos éticos para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos. Portanto, este projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.”

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.538.626

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

“não se aplica ”

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

“não se aplica ”

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes contextos brasileiros.

Objetivo Secundário:

1)Elaborar, validar e aplicar um modelo de avaliação da implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal;

2)Verificar como o contexto influencia na implementação das estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal em diferentes

municípios brasileiros; 3)Identificar as principais barreiras relacionadas ao desenvolvimento estratégias de promoção da saúde com ênfase na saúde

bucal; 4)Propor meios de superação das barreiras relacionadas ao desenvolvimento das estratégias avaliadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

A participação nesta pesquisa poderá expor o participante a riscos mínimos, como cansaço, desconforto pelo tempo gasto na entrevista ou constrangimento pela exposição de opiniões pessoais. Para diminuir esses riscos, a entrevista presencial será realizada num horário e local em que o participante se sinta confortável, e poderá ser interrompida a qualquer momento caso esteja muito longa, sendo retomada em outro momento mais conveniente. Na entrevista on-line, esta poderá ser realizada num horário e local mais confortável para o participante. Se acontecer algum dano

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.538.626

devido à pesquisa, o voluntário(a) será compensado e terá apoio e suporte adequado pelas pesquisadoras. As ideias e opiniões jamais estarão vinculadas ao nome do participante. Será mantido sempre sob sigilo. A participação ou não nessa pesquisa não trará nenhum prejuízo ou benefício em relação ao trabalho do participante.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, a participação fornecerá informações importantes relativas à promoção da saúde com ênfase em saúde bucal, que contribuirão para o aprofundamento do tema e elaboração de estratégias que subsidiem a atuação dos cirurgiões-dentistas na sua execução. A identificação dos fatores que facilitam e que dificultam a implementação dessas ações poderá contribuir para a discussão das estratégias e ações necessárias para facilitar e estimular a execução das ações de promoção da saúde com ênfase na saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa, gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Tese de doutorado de Luiza Rahmeier Fietz Rios, no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, orientada por Claudia Flemming Colussi

Estudo nacional e unicêntrico, prospectivo.

Financiamento: próprio | 5.500,00

País de origem: Brasil (Paraná, Mato Grosso do Sul e Maranhão – questionário online)

Países participantes: Brasil

Número de participantes no Brasil: 200(Entrevista semiestruturada: 12 participantes)

Número de participantes no mundo: 200

Previsão de início do estudo: 05/02/2024

Previsão de término do estudo: 31/05/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 6.538.626

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As adequações apontadas no parecer anterior foram resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o CEP/SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Qualquer alteração nos documentos apresentados deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2229969.pdf	13/11/2023 20:18:56		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDÊNCIAS.pdf	13/11/2023 20:17:33	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIO_ONLINE_REVISADO.pdf	13/11/2023 20:15:47	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA_REVISADO.pdf	13/11/2023 20:15:22	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CORRIGIDA.pdf	23/10/2023 15:12:00	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	13/10/2023 17:18:26	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_MUNICIPIOS.pdf	13/10/2023 16:24:23	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito
Outros	QUESTIONARIOS.pdf	13/10/2023 16:22:45	LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.538.626

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Novembro de 2023

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br