

LUCIA AYAKO MATSUMURA

**A SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS:
UM ESTUDO A PARTIR DA ÓTICA DE ODONTÓLOGOS**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências

SÃO PAULO

2007

LUCIA AYAKO MATSUMURA

**A SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS:
UM ESTUDO A PARTIR DA ÓTICA DE ODONTÓLOGOS**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena S. S. Batista

**SÃO PAULO
2007**

Matsumura, Lucia Ayako

**A saúde bucal nas escolas públicas: um estudo a partir da
ótica de odontólogos.** / Lucia Ayako Matsumura. – São Paulo, 2007.

133f.

Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Oral health at public school: a research on dentist's view.

1. Odontologia. 2. Saúde bucal com escolares. 3. Práticas educativas em saúde. 4. Promoção e prevenção. 5. Formação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE -
CEDESS**

Diretora do CEDESS

Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenador do Programa de Pós-graduação

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

LUCIA AYAKO MATSUMURA

**A SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS:
UM ESTUDO A PARTIR DA ÓTICA DE ODONTÓLOGOS**

Presidente da Banca: Profa.Dra. Sylvia Helena S.S. Batista

Banca examinadora

Profa. Dra. Climene Valentin _____

Prof. Dr. Manuel Lopes dos Santos _____

Profa. Dra. Lídia Ruiz Moreno _____

Aprovada em: ____/____/____

Aos meus queridos pais, Manabu e Kaoru,
cuja presença e força inspiradora
não se apagaram, embora,
tanto tempo longe de nós.

As minhas filhas, Priscilla e Cibelle,
meus dois tesouros, com as quais
divido este trabalho.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos
minha eterna gratidão, pelo amor,
estímulo e apoio sempre presentes.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Sylvia Helena S.S. Batista, mestre e orientadora por todos esses anos de amizade e de participação direta e fundamental na minha formação científica. Agradeço, pelo carinho, amizade, dedicação, e principalmente pelo incentivo nos momentos de dúvidas e incertezas.

Ao Prof. Dr. Nildo Alves Batista, Coordenador do Programa de Pós- Graduação do CEDESS, pelo lado mestre de informar e formar, mas, principalmente pelo lado amigo de incentivar e compartilhar.

À Profa. Dra. Nilse Piva Adami e Prof. Dr. Manuel Lopes dos Santos, por terem acreditado no meu potencial, pelo apoio, carinho e amizade.

Ao amigo Prof. Gerson Lopes, pelo incentivo; o início de tudo: lançador da pedra fundamental.

As minhas irMÃES-zonas Luiza e Satiko, minha eterna gratidão.

A todos os professores do CEDESS que direta ou indiretamente fizeram parte como facilitadores neste processo de construção do conhecimento.

Aos colegas do Mestrado, pela amizade e pelos momentos de alegria e angústias que compartilhamos.

À Sueli, pela inestimável amizade, disposição e cooperação.

Aos funcionários do CEDESS, sempre presentes para que pudéssemos realizar nossas atividades.

Às amigas do coração: Jaqueline, Lúcia e Gislaine, pela amizade, cooperação e, principalmente pela comunhão fraterna “na alegria e na tristeza”.

Aos amigos Dr. Carlos Bittencourt e Dr. Fernando Juliani, pelo coleguismo e cooperação na coleta dos dados, sem os quais, não seria possível este estudo.

A Profa. Léa Chuster Albertoni, pelo apoio e estímulo.

À Yuri pela ajuda para decifrar os mistérios da computação... e, ao meu sobrinho Gustavo, que a trouxe para a nossa família!

Sumário

1 – INTRODUÇÃO	11
1.1. Resgatando uma trajetória.....	12
1.2. Escola Paulistinha de Educação (EPE): construindo uma rotina de trabalho	13
1.3. As questões orientadoras	17
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. Saúde Bucal no Brasil: problematizando realidades	19
2.2. Promoção de saúde para escolares	25
2.2.1. A escola como espaço para desenvolver a Saúde Bucal	25
2.2.2. Educação em Saúde, Prevenção e Promoção de Saúde: múltiplos olhares.	29
2.3. Conhecendo estudos e pesquisas no campo da educação em Saúde Bucal em escolares	32
3 – OBJETIVOS	40
3.1. Objetivo geral.....	41
3.2. Objetivos específicos	41
4 – METODOLOGIA	42
4.1. Processo de delimitação da população de estudo.....	44
4.2. População de estudo	45
4.3. Processo de coleta de dados.....	45
4.4. Aplicando o questionário.....	46
4.5. Realizando as entrevistas	46
4.6. Processo de análise dos dados	47
5 – SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES: DO PERFIL ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS	49
5.1. Conhecendo os odontólogos que atuam com Saúde Bucal dos escolares	50
5.2. Processos de formação: experiências e saberes.....	54
5.3. As práticas educativas em Saúde Bucal com escolares	59
5.3.1. Caracterizando os procedimentos	60
5.3.2. Conhecendo as estratégias	64
5.3.3. Os recursos didáticos.....	65
5.3.4. Os interlocutores privilegiados na Saúde Bucal com Escolares	67
6 – SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES: APREENDENDO CONCEPÇÕES	73
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
9 – ANEXOS	101
ANEXO I – Carta de solicitação p/ realização da pesquisa para Coordenadoria da Saúde Bucal/ PSF	102
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.....	103
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
ANEXO IV – Questionário.....	106
ANEXO V – Roteiro de entrevista semi-estruturada	109
ANEXO VI – Perfil 1.....	110
ANEXO VI – Perfil 2.....	112
ANEXO VII – Perfil concepções de Saúde Bucal.....	114
ANEXO VIII – Quadro síntese: atividade bucal.....	116
ANEXO IX - Quadro síntese: estratégias educativas.....	118
ANEXO X – Quadro síntese: recursos didáticos.....	119
ANEXO XI - Concepções de Saúde Bucal.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ABOPREV - Associação Brasileira de Odontologia Preventiva

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ART – Atraumatic Restorative Treatment

CD - Cirurgião-dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPOD - número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EMEF - Escola Municipal de Ensino Fundamental

EMEI - Escola Municipal de Ensino Infantil

EPE - Escola Paulistinha de Educação

ESB - Equipe de Saúde Bucal

EUA - Estados Unidos da América

FAE - Fundo de Assistência ao Estudante

IRM – Material Restaurador Intermediário

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde do Funcionário

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PC – Procedimento Coletivo

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHP - Patient Hygienic Performance

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

PSF - Programa Saúde da Família

SB - Saúde Bucal

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

UBS - Unidade Básica de Saúde

UMC - Universidade de Mogi das Cruzes

UNICID - Universidade Cidade de São Paulo

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

WHO - World Health Organization

Resumo

Este estudo assumiu o objetivo de analisar as concepções e práticas dos odontólogos que atuam no Programa de Saúde da Família, e que tenham atividades em ambientes escolares. O referencial teórico abrangeu a discussão sobre os processos de saúde, educação e a análise da literatura sobre Saúde Bucal com escolares, destacando os componentes educativos nas pesquisas. A metodologia deste estudo qualitativo e exploratório envolveu 35 odontólogos, sendo 18 da cidade de São Paulo e 17 de um município da Grande São Paulo. O processo de coleta de dados foi desenvolvido por meio da aplicação de questionário e realização de entrevista semi-estruturada, tendo como núcleos orientadores: concepções de Saúde Bucal, as práticas desenvolvidas no âmbito da Saúde Bucal com escolares, processos de formação e atividades desenvolvidas. O processo de análise de dados teve como referência a análise temática. Os resultados indicam um perfil caracterizado por uma maioria feminina, faixa etária predominante de 30-39 anos, graduados entre 1974 e 2003. As práticas educativas envolveram diferentes procedimentos de educação, estratégias e recursos didáticos, apresentando uma transição de abordagem centrada no indivíduo para o coletivo. As trajetórias de formação dos participantes foram delineadas de acordo com a necessidade da prática, embasadas pelas experiências anteriores e a troca de experiência entre os colegas. As concepções de Saúde Bucal foram agrupadas em três núcleos temáticos: Saúde Bucal como componente da saúde geral, Saúde Bucal como promoção/prevenção e Saúde Bucal como ausência do quadro patológico/ dimensão individual. As concepções de Saúde Bucal indicaram forte tendência à promoção/prevenção, mas os odontólogos ainda realizam práticas centradas na transmissão de informações, com conceitos enraizados em uma odontologia com base técnico/científico e curativista. A Saúde Bucal com escolares tem um papel educativo estratégico na construção de uma cultura de saúde que, rompendo com a ausência de doença, possa investir na valorização das pessoas como construtoras de interações com outros, com o mundo e consigo mesmo, em meio a condicionantes políticos, culturais e educacionais.

Abstract

Oral Health in Public Schools: A Survey of Dentists' Views

This study aimed at analyzing the professional views and practices shared by dentists registered with the Program for Family Health and working in school setting. The theoretical reference of this research work comprised a discussion on health and educational practices and the analysis of oral health literature available for school children and adolescents focusing on the educational aspect. This qualitative, prospective study included 35 participating dentists –18 working in the city of São Paulo and 17 in neighboring municipalities comprising the Great São Paulo City. Study data were collected through questionnaire and semi-structured interviews with guiding key points focusing conceptions of oral health, practices developed in school setting, professional education and profession-related activities. The demographic analysis revealed the mainly of 30-39 year-old female dentists graduated between 1974 and 2003. The thematic analysis showed that although the educational approach, strategy and didactic support, used by the participants, were varied, there was a clear transition from an individual-centered to a collectivity-centered approach. The professional skills of the participants were determined by the day-to-day demands and were built upon their own past experiences and the sharing of experiences by other professionals. The participants' views regarding oral health were grouped in thematic key points: oral health as a component of the individual's overall health; oral health under a promotion/prevention approach; oral health as the absence of a pathological condition/ a personal view of oral health. A strong trend to promotion/prevention was observed, but dentists are still influenced by passed-on concepts focusing technology and a curative approach. The promotion of oral health among elementary and high school students certainly plays a major educational role in the development of a health-centered culture, which opposes to a view of absence of illness, and is a political, cultural and educational environment that favors the build-up of interactions of individuals with their environment, peers and themselves.

1 – INTRODUÇÃO

1.1. Resgatando uma trajetória

Formada em 1978 pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC, embora convidada a estagiar como professora voluntária, optei por lançar-me ao mercado de trabalho com o entusiasmo e sede de uma recém-formada: ser uma cirurgiã-dentista.

Sair do aconchego e segurança da universidade para o mundo, era um desafio que não tinha certeza se seria capaz de executar com capacidade suficiente. Foi então que o Dr. Antonio Salazar Fonseca, professor da disciplina de Dentística Operatória, convidou-me para trabalhar em seu consultório, iniciando-se assim, minha carreira de cirurgiã-dentista, agora, mais confiante e segura.

Foram dois anos altamente gratificantes, pois aprendi “extramuros”, iniciando e finalizando um tratamento dentário com a assessoria de um professor, do qual até hoje guardo ensinamentos.

Passados esses dois anos, decidi montar meu consultório. Permaneci por dez anos no mesmo endereço, de onde guardo lembranças de uma vizinhança, e, de pacientes que acima de tudo tornaram-se amigos. Na medida em que a clientela foi se definindo, percebi que atendia muitas crianças e o quanto isso me dava prazer. Passei então a dedicar-me à Odontopediatria.

Atendendo as crianças, vieram os pais atraídos pela profissional que cativava seus filhos, e que não tinham trauma do tratamento odontológico.

Por gostar de Prótese Dentária e realizá-la com bastante frequência no atendimento aos adultos, retornei à UMC, aceitando aquela antiga proposta. Como professora - voluntária atuei na Policlínica da Universidade, assessorando alunos do quarto ano.

O retorno à UMC teve para mim um contexto diferenciado, como se estivesse voltando de um exílio, embora participasse de cursos, encontros e congressos.

Foram anos de estudo e de intercâmbio cultural de valor inestimável tanto para o crescimento intelectual como pessoal, sem contar, o contato com os

alunos; jovens que trazem outras visões, outros olhares, que por vezes deixamos para trás. Permaneci na UMC até 1988.

Em 1989, decidi estagiar nos Estados Unidos da América (EUA), mais especificamente em Los Angeles no Estado da Califórnia, de volta ao Brasil em 1992, retomando as atividades em consultório dentário privado.

Em 1994, ingressei através do Concurso Público na Universidade Federal de São Paulo, sendo lotada no Núcleo de Assistência ao Funcionário (NASF), atuando como Odontopediatra.

Anos mais tarde, com a montagem do consultório dentário na Escola Paulistinha de Educação (EPE), fui para lá designada, onde atuo desde então. Neste espaço Institucional - Departamento de Assuntos Comunitários (DAC) tenho sob minha responsabilidade, no tocante à Saúde Bucal, cerca de 540 crianças, desde os quatro meses até os dez anos de idade.

1.2. Escola Paulistinha de Educação (EPE): construindo uma rotina de trabalho

Os pais e/ou responsáveis pelos alunos da EPE foram notificados sobre o início das atividades odontológicas e, iniciei os atendimentos segundo a livre demanda.

Fui apresentada às mães, e, aos poucos, introduzida no cotidiano das crianças. Eu circulava pela escola nos horários mais variados, encontrando os alunos pelos corredores, refeitório, biblioteca e até nas quadras para algumas brincadeiras. Entre uns e outros atendimentos no consultório, a aproximação foi acontecendo de maneira suave e gradativa.

A rotina de trabalho foi sendo reformulada e adaptada, visando um melhor enquadramento funcional e adequação para as crianças participantes.

Neste sentido, assumimos como objetivos: desenvolver atividades didáticas vinculadas à Saúde Bucal, realizar tratamento preventivo e curativo e implementar procedimentos de manutenção da Saúde Bucal.

Para responder aos objetivos propostos, delineamos uma atuação constituída de um conjunto de atividades: exame clínico seguido de profilaxia e aplicação tópica de flúor gel em moldeiras descartáveis; pastilhas evidenciadoras

de biofilme dental, escovação dirigida; palestras sobre higiene bucal; filmes educativos; utilização de macro-modelo e macro-escova dental; encaminhamento para as especialidades e orientações aos pais ou responsáveis.

Acreditamos que esse contato “odontológico” inicial, de maneira sutil, fez com que essas crianças tivessem condições de enfrentamento melhores do que outras que tiveram um primeiro encontro tumultuado. Existem experiências, das quais não nos desfazemos ao longo de nossas vidas. Que pelo menos para esses alunos, o barulhinho do motor não tenha a conotação que teve para as gerações passadas, inclusive para mim...

Na constante busca de informações e conhecimentos, durante o 23º CIOSP - Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, em 2003, conheci o “Projeto Saúde Bucal em Jogo”, de autoria do Professor Gerson Lopes, que gentilmente o disponibilizou e, juntos o aplicamos nas crianças do Ensino Fundamental da EPE.

Este projeto, por apresentar característica interdisciplinar com possibilidades de envolver as áreas de Educação, Nutrição e Odontologia, veio ao encontro dos propósitos que de certa maneira, tinha delineado o meu trabalho na EPE. Através dele poderíamos envolver as diversas áreas, deixando de ser apenas um consultório odontológico dentro de uma instituição de ensino.

Para a aplicação deste programa, contei com a cooperação de duas alunas de pós-graduação da Universidade Cidade de São Paulo - UNICID. A Coordenação da EPE cedeu-nos dois dias da semana para que pudessemos praticar as atividades com os alunos, distribuídas durante o semestre letivo.

O trabalho foi realizado em duas etapas: 1- foram obtidos os dados iniciais do índice de sangramento e o índice de placa. 2- as crianças foram submetidas a um programa educativo versando sobre a importância da prevenção em Saúde Bucal, e aplicado o Programa Saúde Bucal em Jogo. A avaliação final do Programa foi realizada comparando-se os dados iniciais e finais coletados.

No ano de 2004, desenvolvemos conjuntamente com a direção da EPE, com a coordenação do Ensino Fundamental, com a médica pediatra e a nutricionista da EPE, uma nova estratégia de ensino-aprendizagem, a qual denominamos “Disciplina de Educação e Saúde”.

Esta Disciplina assumiu como objetivos gerais, apresentar aos alunos o corpo humano como um conjunto de órgãos integrados, que formam os sistemas, apresentar e incorporar noções básicas de higiene oral e geral, desenvolvendo cuidados com o manuseio e ingestão dos alimentos.

No âmbito dos objetivos específicos desta disciplina, assumiu-se: introduzir conceitos básicos de saúde; incentivar o aprendizado de educação em saúde; contribuir para medidas preventivas de Saúde Bucal; desenvolver e despertar potencialidades para o auto cuidado; organizar atividades para aplicação dos conceitos adquiridos e contribuir em capacitá-los como agentes de saúde dentro de sua comunidade.

O conteúdo foi subdividido em áreas de interesse, e as atividades dirigidas pelos profissionais envolvidos: médica, nutricionista e odontóloga. As aulas foram ministradas aos alunos do Ensino Fundamental, abrangendo o matutino e o vespertino, com duração de quatro meses.

O início da atividade foi marcado com a apresentação do grupo “Ação e Saúde”, uma Organização Não Governamental constituída inicialmente por profissionais e alunos da Odontologia, e, atualmente constituída por vários elementos ligados à área de saúde em geral. O grupo interage com as crianças, cantando paródias de músicas de grande alcance na faixa infantil (Sandy e Júnior, Rouge, Kelly Kee, etc). Foi o lançamento em grande estilo da Disciplina de Educação e Saúde.

Do ponto de vista odontológico, discorremos sobre a boca e suas estruturas, placa bacteriana, cárie, alimentação, higiene bucal e trauma dental.

A nutricionista discorreu sobre a alimentação; animal e vegetal, escolha alimentar, higiene e nutrição, dando enfoque para a importância desta última para a segurança alimentar.

As avaliações foram realizadas no final de cada atividade, com propostas diversas de expressão (estórias, desenhos, redação, etc).

Importante registrar que, em relação à avaliação ao final das aulas, ao depender da disposição individual de cada aluno, a devolutiva das atividades propostas, ficou aquém das nossas expectativas.

Enorme foi o interesse ao focarmos a cerca do traumatismo dentário, pois, no dia anterior, ocorreu um acidente com o jogador de futebol (Magrão), que

perdeu dois dentes em campo. Este fato trouxe a realidade por eles vivida, de que “acidentes acontecem com qualquer um de nós astros, estrelas” e alunos da EPE. Como evitar? Como agir no momento da urgência? Quais os primeiros socorros e atitudes a serem tomadas? Pudemos discutir ao longo da aula com exemplos que foram trazidos do cotidiano de cada um.

Na aula sobre os órgãos dos sentidos, a percepção dos diferentes sabores captados pela língua, possibilitou aos alunos, experimentando o doce, o salgado e o azedo (açúcar, sal, limão); e, pelo tato; o áspero, o fofo (lixa, algodão), estimulando e aguçando os vários sentidos: da visão, do tato, do olfato e paladar como auxiliares nos processos de ensino-aprendizagem. Segundo Bandler, Grinder (1982), é através dos sentidos que vivenciamos o mundo, visando ampliar as condições de percepção do educando. Foram meses de integração e aprendizagem, haja visto, ser recente a nossa aproximação com a área da Educação. Tudo era novo e percebemos que, vontade de ensinar por si só não foi suficiente ante as dificuldades de mantê-los atentos por períodos mais longos. O fato de não serem os odontólogos preparados para tais atividades educativas e, levando-se em conta que a formação e a atividade do cirurgião-dentista costuma ser autônoma, isolada e encerrada em si mesmo, trabalhar em equipe multiprofissional foi um desafio, e um exercício de paciência para comigo mesma, na busca do consenso entre todos.

Apesar de demonstrar um grande desenvolvimento técnico-científico, na realidade, a prática Odontológica é ineficaz quando levamos em consideração seu alto custo e baixíssimo rendimento para as camadas populacionais mais necessitadas. Segundo Bijella (1993), a prática odontológica não deve ser voltada apenas à prática curativa, tecnicista, mas precisa incorporar uma dimensão de educação em Saúde Bucal, fornecendo informações e desenvolvendo habilidades de cuidados, buscando no paciente um colaborador.

Pensando dessa maneira, tem sido essa a minha diretriz de trabalho com as crianças para as quais presto assistência odontológica.

1.3. As questões orientadoras

A partir da minha trajetória, da minha inserção profissional na Escola Paulistinha de Educação, atuando sistematicamente com conceitos de saúde geral e nutricional, e do contexto contemporâneo que coloca o desafio de pensar e fazer práticas educativas em saúde no âmbito da escola e do estudo da literatura, algumas questões surgiram:

- quais são as concepções sobre a Saúde Bucal que os odontólogos que atuam em escolas possuem?
 - que práticas educativas têm sido desenvolvidas, pelos odontólogos, nas escolas no campo da Saúde Bucal?
-

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Saúde Bucal no Brasil: problematizando realidades

Num país de 185.000.000 de habitantes, com 1,5 bilhão de dentes para serem tratados e, mais de 205.830 cirurgiões-dentistas, a doença cárie continua sendo uma endemia, *“com a agravante de, historicamente apresentar um sistema de prestação de serviço deficiente, aliado a uma prática iatrogênica e mutiladora, contribuindo para a crescente perda dos dentes”* (OPAS/OMS, 2006, p.41).

O Brasil, ao assumir as metas da OMS como viáveis, verifica a necessidade de uma intervenção urgente e efetiva para alterar o curso da doença cárie, com o conhecimento de que a cárie é uma doença de possível prevenção, ou seja, pode deixar de existir em uma população, quando adotadas as medidas adequadas (Bellini, 1991).

A importância do conhecimento sobre a experiência de cárie em dentições decíduas, deve-se ao fato desta ser considerada um fator preditor de possibilidade de cárie na dentição permanente. A idade índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é fundamental para o monitoramento sobre a prevalência e padrões de saúde, assim como para avaliar os programas que estão sendo desenvolvidos na população infantil (Cypriano et al, 2003).

Vários trabalhos científicos têm demonstrado que a cárie dental, apesar de ser uma doença predominante em todo o mundo, tende a adquirir maior gravidade em grupos minoritários; na população de menor poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade (Chaves, 1997; Saito et al, 1999).

A ação do flúor e associações de diferentes tipos de fluoretos, foi consolidada como componentes preventivos que podem trazer benefícios para as diferentes faixas etárias, não apenas para a infantil. Frazão (1998), afirma que, em regiões onde as águas fluoretadas foram mantidas durante dez anos com teores adequados, registraram uma queda de 60% na prevalência da lesão cariiosa (Pinto, 1989; Chaves, 1997).

O *Primeiro Levantamento Epidemiológico¹ Nacional* de 1986, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana. Ressalta-se entre os diversos dados importantes, o diagnóstico de que a cárie constituía-se no maior problema de Saúde Bucal, apesar do estágio de desenvolvimento tecnológico da Odontologia.

Foram evidenciados os índices de cárie dentária, onde, as crianças brasileiras ostentavam altos índices de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de 6,65 aos doze anos de idade. Apresentaram ainda, 60% dos dentes com cáries, 6% com extrações indicadas, 5% já extraídos e somente 29% apresentaram restaurações, resultados estes, muito distantes das metas da OMS a serem atingidos até o ano de 2000 (OPAS/OMS, 2006).

Narvai et al (2006), indicaram que entre 1980 e 2003 o índice CPO-D mostrou uma tendência de queda ao longo deste período (declínio de 61,7%). Nesta direção, Bönecker, Cleaton Jones (2003), ao enfocarem a situação da cárie dentária na América Latina e Caribe nas três últimas décadas do século XX, também identificaram tendência à queda dos índices na prevalência e gravidade.

A busca por uma melhora na Saúde Bucal, tem passado, também, pela análise da relação entre cirurgião-dentista e a população atendida. Segundo Pinto (1992), no início dos anos 90, 11% da população mundial de cirurgiões-dentistas (CD) em atividade eram brasileiros. Conforme o levantamento do IBGE/CFO (2002), enquanto a população cresceu aproximadamente 2% ao ano, a população de CD cerca de 7% ao ano. Apesar disso, o Brasil continuou sendo conhecido como “o campeão mundial dos desdentados”, diagnóstico assumido nos levantamentos epidemiológicos tanto de abrangência nacional, como de áreas mais restritas (Narvai, 2003). Roncalli (2006), afirma ser este, um indicador bastante revelador do quadro sombrio, típico de países com grandes desigualdades sociais.

Observa-se assim que, atingir patamares mais dignos de Saúde Bucal não é somente uma relação linear como o aumento de profissionais formados em Odontologia. Cabe ressaltar também que, ao supormos uma proporção ideal

¹ Os levantamentos epidemiológicos são considerados instrumentos de relevante valor quando desenvolvemos ações de Saúde Bucal para grupos populacionais. Em relação à cárie dentária, o instrumento para mensuração mais utilizado é o índice CPO-D (C=cariados, P=perdidos, O=obturados, D=dentes) preconizado por Klein & Palmer (1937) para dentes permanentes, e o índice ceo-d, adaptação proposto por Gruebbel (1944) para dentes decíduos (apud Narvai et al, 2001).

dentista/população, seria uma incongruência, se não levássemos em consideração os aspectos envolvidos no planejamento de recursos odontológicos, e necessidades específicas de cada comunidade (Narvai, 2003).

O *Segundo Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal* de 1996, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Teve como objetivo, verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira, envolvendo a população na faixa etária dos seis aos doze anos de idade de escolas públicas e privadas. Dentre os diversos resultados obtiveram-se um índice CPO-D de 3,06 aos doze anos de idade (OPAS/OMS, 2006).

Com estes índices, e considerando os padrões de gravidade do ataque de cárie aos doze anos, adotado pela OMS, o Brasil saiu da categoria “muito severa”, na qual se encontrava em 1986, para “moderada”. Ainda assim, há um árduo caminho a ser trilhado para satisfazer, por exemplo, as metas do 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva de Umea, realizado na Suécia em 1993, as quais projetaram para o ano de 2010 indicadores de 90% de crianças sem cárie aos cinco anos, e índice CPO-D inferior a um aos doze anos de idade (Pinto, 2003).

Este caminho de construção de Saúde Bucal no Brasil vem a despeito das enormes lacunas, avançando e, dentre os principais fatores aos quais poder-se-ia atribuir a redução dos índices de cárie, Narvai (1996) e Cardoso et al (2003), apontam a fluoretação das águas de abastecimento. Os dentifrícios fluoretados são para Nadanovsky (2000) e Pinto (2003), o fator que reúne maiores evidências científicas para a redução do índice CPO-D.

Importante destacar, considerando o escopo desta pesquisa, o estudo que relata experiência de redução do índice CPO-D no Japão, Nova Zelândia e EUA. O referido estudo mostra que o tratamento restaurador por si só, não é um contribuinte favorável significativo para a redução do índice CPO-D. Em meados de 1960 e 1970, os serviços odontológicos destes países começaram então, a prover, não só tratamentos restauradores, mas, também orientações sobre dieta, higiene dental, limpeza profissional, além de aplicações tópicas de flúor. Em meados de 1980, com os níveis de cárie bem mais baixos, concluíram que os

esforços preventivos poderiam compor o conjunto de fatores que favoreceram o declínio dos índices relativos à cárie (Nadanovsky, 2000).

Em 2003, com o *Terceiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira* foi possível delinear os fundamentos epidemiológicos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão de serviços públicos em Saúde Bucal nas diferentes esferas do governo. Contou com a participação do Conselho Federal e as Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, além do suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, significando um momento singular de diagnóstico e proposição de intervenções a favor de Saúde Bucal para todos (Brasil, 2003, OPAS/OMS, 2006).

Os resultados deste Levantamento indicaram um índice CPO-D de 2,78 aos doze anos, sendo este, o único item alcançado de acordo com as metas da OMS para o ano de 2000. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, os dados revelaram que ainda persistem elevados índices de doenças bucais e, grande parte da população permanece desassistida.

O *SB Brasil 2003* pesquisou problemas nunca abordados anteriormente, tanto na população urbana como na rural, tais como a fluorose (detectada em cerca de 9% das crianças de doze anos), e a má oclusão (cerca de 21% nas crianças de doze anos). Das crianças de 18 a 36 meses de idade, 27% apresentaram pelo menos um dente com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chegou a 60% na idade de cinco anos. Na dentição permanente, identificou que aproximadamente 70% das crianças aos doze anos, e 90% dos adolescentes entre 15 e 19 anos apresentaram pelo menos um dente com experiência de cárie. Identificou também que, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista, 20% da população já perderam todos os dentes e, 45% dos brasileiros não tinham acesso regular à escova de dente, constatando-se que “o trabalho odontológico não tem servido para manter os dentes na boca” (Narvai et al, 2003, p.478).

Estes dados geraram uma profusão de críticas à prática odontológica no Brasil, avaliada como inadequada às diferentes realidades e condições sócio-epidemiológicas. Segundo Garrafa (1993, p.54), resultante de uma prática

odontológica centrada em modelos assistenciais, sendo, a Odontologia brasileira considerada *“tecnicamente elogiável, pelo nível de qualidade e sofisticação, porém, cientificamente discutível, uma vez que não demonstra competência para expandir esse conhecimento para a maioria da população”*

Frente a esse perfil, propostas surgiram através da *III Conferência Nacional de Saúde Bucal*, realizada em 2003:

[...] realizou-se com enorme expectativa de que as reivindicações dos brasileiros, dentre elas, as relacionadas à Saúde Bucal, pudessem, finalmente serem concretizadas. Ocorreu numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais, num contexto em que o tema central foi: “Acesso e Qualidade, superando a exclusão social”, debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1- Educação e Construção da Cidadania; 2-Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3- Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4-Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. (Brasil, 2004, p.6).

Na busca por concretizar políticas públicas favoráveis à Saúde Bucal, foram elaboradas: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que tem o Brasil Sorridente como programa de incentivo à implementação de ações nos Estados e Municípios e a Política de Educação Permanente e Gestão de Trabalho, que enfatiza a formação em saúde a partir do eixo norteador do modelo de prática do Sistema Único de Saúde - SUS (equidade, integralidade, participação popular, intersetorialidade, hierarquização, regionalização e conceito amplo de saúde).

“As Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde no âmbito do SUS, constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da Saúde Bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro de saberes e fazeres entre sujeitos usuários e profissionais” (Brasil, 2004, p.2).

A Política de Saúde Bucal do Brasil foi proposta, buscando resultados favoráveis em prol das melhorias das condições de vida e da Saúde Bucal, pois esta refletiu, ao longo dos anos de atuação, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde. No período que antecedeu a concretização dessa Política, aconteceram vários movimentos mobilizados por profissionais da área, comprometidos com mudanças do panorama até então existentes, além da própria sociedade que se tornou mais atuante e exigente de seus direitos, reforçando a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de Saúde Bucal para redução das desigualdades no país. Nesse sentido, surge a Política do *Brasil Sorridente* (OPAS/OMS, 2006, p. 13).

O *Brasil Sorridente* significa um marco na mudança do foco da atenção em Saúde Bucal como um todo e propõe um modelo que se centra nas efetivas necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a Política do Brasil Sorridente surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros, tornando possível a realização de ações conjuntas, uma vez que as demandas de Saúde Bucal e as doenças sistêmicas não possuem fronteiras, e, propiciar Saúde Bucal significa propiciar saúde geral (OPAS/OMS, 2006).

Conforme apontam Barros, Bertoldi (2002), os dados da Pesquisa por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que a Saúde Bucal tem recebido uma parcela escassa de recursos em relação ao total de investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), embora tenham, as Políticas de Saúde Bucal do SUS buscado favorecer a transformação da prática odontológica, incorporando auxiliares, novas tecnologias e ações coletivas de saúde.

Observa-se assim, uma ampliação da compreensão da Saúde Bucal, estabelecendo relações também com as instituições formadoras de cirurgiões-dentistas, por meio da articulação destas políticas públicas de saúde com as orientações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde do Conselho Nacional de Educação.

“Os dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas

imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores trazendo sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo” (Brasil, 2004, 3ª CNSB, p.2).

Os desafios são muitos, mas, é preciso ousar construir novos processos e novas práticas de formação e de trabalho em saúde, em especial na Odontologia, onde a ocorrência da cárie dental na infância é um fato que deve ser levado em consideração, pois, a prevalência maior se dá exatamente naquelas crianças que não têm acesso aos meios preventivos e educacionais, para impedir que a doença cárie se estabeleça.

Apesar das conquistas do movimento sanitário brasileiro ter sido consolidada parcialmente na atual Constituição, as conquistas não têm sido concretizadas em melhorias de qualidade de vida da população, pois, a Odontologia é, ainda considerada como prática centrada em modelos assistenciais, caracterizados como cirúrgico-reparadores, iatrogênicos, de custo alto, de baixa cobertura e resolutividade epidemiológica (Pauleto, 2004).

2.2. Promoção de saúde para escolares

2.2.1. A escola como espaço para desenvolver a Saúde Bucal

A influência dos EUA em relação às ações de assistência pública, refletida na disseminação da política da higiene, teve como reflexo, a entrada da Odontologia nas escolas. Propostas em torno da saúde escolar no Brasil datam de meados do século XIX. Em 1912, a Odontologia insere-se na assistência pública e ocorre a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, em São Paulo (Carvalho, Loureiro, 1997, apud OPAS/OMS, 2006).

Estas clínicas caracterizaram-se pela ausência de sistemas de trabalho, pela falta de avaliações, pelo preparo inadequado de profissionais para a

execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reduzindo o serviço público ao mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (Werneck, 1994, apud OPAS/OMS, 2006).

Com reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade do serviço para controlá-las, surge a Odontologia Integral, que usa a lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens. Baseada no fator epidemiológico de que a prevalência do fator cárie em dentes permanentes é menor nos mais jovens, passa o atendimento a dirigirem-se predominantemente aos escolares, com intuito de impedir agravamentos e evitar gastos maiores no futuro, considerados como momentos ideais para intervenções preventivas, curativas e educativas (Pinto, 1993).

Segundo Narvai (1994), a Odontologia e o quadro epidemiológico seguiram rotas distintas e não paralelas, tendo, como consequência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica da exclusão.

De acordo com o Censo Escolar de 2006, existem no Brasil, 55,9 milhões de crianças matriculadas em 203,9 mil estabelecimentos educacionais que oferecem as diferentes etapas e modalidades de ensino da educação básica: educação infantil (creche e pré-escola), ensino fundamental, ensino médio, educação especial, educação de jovens e adultos e educação profissional, cujos estudantes encontram-se em idades privilegiadas para a formação de valores e hábitos favoráveis à saúde. Uma ação direcionada para essa faixa etária da população teria uma abrangência excepcional do ponto de vista geográfico e populacional, considerando-se, serem, um público que demanda ações educativas em saúde e o desenvolvimento de ações coesas para que se alcance o sucesso (Brasil, 2007).

Não se pode desconsiderar que a prevenção da cárie tem sido um desafio no âmbito dos problemas de Saúde Bucal. Esta, envolve cerca de 95% da população segundo Newbrun (1998), tendo prevalência acumulativa e, quando não controlada, evolui com a idade. Weyne (2003), destacou como mudança de paradigma da Odontologia a substituição da abordagem e da prática cirúrgico-restauradora para a de promoção de saúde, por meio da constatação de que a cárie é uma doença bacteriana transmissível. Atualmente sabe-se que,

estratégias para a prevenção da cárie dentária devem ser direcionadas à eliminação dos fatores etiológicos, com medidas eficientes, focando o tratamento das causas e não dos efeitos.

Assim, a grande parte do setor público odontológico priorizou a prevenção da formação da cárie dental na faixa etária infantil, procurando dar cobertura a esse grupo, por meio da formulação de ações preventivo-assistenciais. A aplicação do controle da dieta e higiene bucal em escolares é importante, pois, quanto mais precocemente receberem informações a respeito de dieta equilibrada, e, de bons hábitos de higiene oral, mais facilmente serão compreendidos e aplicados os ensinamentos, com maiores possibilidades de promoção de Saúde Bucal (Gustafsson et al, 1954; Friedman et al, 1976; Narvai, 1994).

No enfoque educacional, acredita-se que a educação em Saúde Bucal deveria começar o quanto antes. A faixa etária de quatro a sete anos é considerada como a ideal, por ser segundo Blinkhorn (1981) e Aquilante (2003), a época em que a criança desenvolve hábitos alimentares, noções de higiene; sendo, os modelos aprendidos nesta época profundamente fixados e resistentes a alterações.

A maior parte dos estudos descreve a prevalência e gravidade da cárie dental em escolares, embora existam na atualidade dois grandes surtos da cárie: na infância/ adolescência e na terceira idade (Oppermann, 2000).

Levando-se em conta tais indicadores, o setor educacional, dada a sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção de saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos. Ao promover saúde nas escolas, trabalha-se a favor da autonomia, da liberdade, da postura positiva, potencializando a apropriação de processos de vida saudável (Brasil, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento “Promoción da la Salud mediante las Escuelas”, reconhece a relação que existe entre educação e saúde. Julga que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem, ao mesmo tempo em que melhorem a saúde, por ter grande influência sobre os jovens (Nadanovsky, 2000).

Neste sentido, o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras de Saúde, ou Escolas Saudáveis, tem como meta atingir estilos de vida saudáveis para a população total da escola por meio do desenvolvimento de ambientes que apoiem e conduzam à promoção da saúde. A estratégia da Escola Promotora de Saúde, defendida pela OMS e pela OPAS e já desenvolvida na Europa é uma escola que pratique educação para saúde de forma integral, trabalhando o ambiente escolar e seu entorno, disponibilizando os serviços aos alunos. No Rio de Janeiro, o conceito de escolas Promotoras da Saúde vem sendo trabalhado desde 2000, como projeto piloto correspondendo a 12% do universo de 1035 escolas da rede de ensino fundamental. A atuação começou com visitas voltadas para a Saúde Bucal, visual e auditiva. Hoje, entre várias ações, são elaborados materiais educativos para pais, professores e alunos distribuídos para toda a rede (Martinez et al, 2000; Aquilante et al, 2003).

Nos anos de 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como local exclusivo do atendimento em Saúde Bucal, iniciando-se discussões de outras perspectivas e estratégias de organização de trabalho odontológico (Campos, Belisário, 2001).

Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais, intervenções e transformações ocorridas na distribuição e nas manifestações das doenças, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática odontológica fora do espaço escolar (Carvalho, Loureiro, 1997, apud OPAS/OMS, 2006).

Uma limitada atenção curativa poderia assumir o caráter preventivo, e, tentativas de inserção da Saúde Bucal coletiva nos Programas de Saúde da Família.

Sabemos que para melhorar a saúde é necessário promovê-la. A assistência deve ser praticada juntamente com ações voltadas para a habitação, a alimentação, o lazer, a equidade, a justiça social, o desenvolvimento sustentável. Algumas são específicas do setor de saúde, outras devem ocorrer de forma intersetorial, considerando o processo que inclui a capacitação da comunidade para que conheça os seus problemas, tenha condições e autonomia para conquistar mais qualidade de vida. Não se trata de buscar o pacote pronto, mas de buscar um processo participativo da população.

2.2.2. Educação em Saúde, Prevenção e Promoção de Saúde: múltiplos olhares

“Educação em saúde é considerada nos dias atuais uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir para a promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva dos novos conceitos e tecnologia. (...), porém muitas vezes, limita-se a dizer aos pacientes, o que eles deveriam fazer em lugar de dar condições a eles de tomarem suas próprias decisões” (Guterman, 2005, p. 115).

A educação em saúde constitui um espaço de práticas, que deve ter como compromisso ético-político, a formação do sujeito para transformações. A educação concebida como instrumento de transformação social, deve propiciar reformulações de hábitos e, aceitação de novos valores, através da ação-reflexão e do desenvolvimento da noção crítica de sua realidade.

Segundo Pinto (2000), é por meio da educação em saúde que se pode contribuir para a construção de uma consciência sobre o processo de saúde, ampliando as chances de ações sociais mais coletivas e propositivas. O processo educativo em Odontologia é utilizado visando à transformação do comportamento do sujeito, em prol da manutenção, recuperação e promoção de saúde, levando-se em consideração a multiplicidade de variáveis ambientais que condicionam o surgimento ou não de uma doença, tais como o desenvolvimento econômico, forma de organização do governo, padrões de cultura e tradição popular que regulam os hábitos alimentares e condutas de higiene pessoal e coletiva (Chaves, 1997).

A educação em saúde, neste contexto, emerge como uma das estratégias para se obter saúde e, é a promoção da saúde, com vinculação direta às políticas públicas que vão configurar um esforço coletivo (sociedade e estado) na execução efetiva de programas e práticas de assistência que sejam integradoras.

Para se educar em saúde não é suficiente informar. É necessária uma relação dialógica, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa e criativa, levando-se em conta a reconstrução do saber e a formação continuada. Desta forma, a educação constitui-se como componente do processo de promoção da saúde, ajudando a ganhar e manter interesse, fornecendo novas informações e reforçando o conhecimento anterior existente. Pode-se conceber

educação em saúde como qualquer combinação de oportunidade de aprendizagem que facilitem as mudanças voluntárias de comportamento que conduzem à condição de saúde melhorada sem, todavia, desconsiderar os contornos institucionais, políticos e sociais que permeiam práticas educativas e de saúde (Murray, 1992).

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo para viver (WHO, 1986).

Articular educação e promoção em saúde tem, historicamente, incluído, a questão da prevenção em saúde. Segundo Lefevre, Lefevre (2004), a prevenção

“é toda medida tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente, para que tal condição não se manifeste ou que tenha sua probabilidade de ocorrência diminuída, ou, manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou na coletividade” (p.37).

Tavares et al (2001), propõem a prevenção em três níveis clássicos de medidas capazes de intervir na história da doença: primário; seriam os procedimentos adotados antes de qualquer sinal da doença (higiene dental), o secundário; seriam as ações para impedir a progressão (restauração) e, terciário; que seriam as condutas para impedir a morte ou perda de função, incluindo a reabilitação (próteses).

O conceito de prevenção engloba vários componentes, que em conjunto formam a denominada filosofia preventiva que considera o paciente integralmente, mantendo a saúde, ou detendo o mais rápido possível o progresso de qualquer enfermidade presente, reabilitando o paciente quer física, psicológica e socialmente, de modo tal que possa viver e desempenhar suas funções da melhor forma possível.

Segundo estes autores, a aprendizagem só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras. Na maior parte das vezes, essas decisões estão baseadas nos fatos, conceitos e valores do próprio indivíduo.

Porém, em se tratando de educação infantil, a motivação dos pais e/ou responsáveis é também muito importante, e, a auto-motivação deve partir deles, em especial das mães, que têm um papel chave dentro da família.

Guedes-Pinto et al (1978); Blinkhorn (1981); Franchin et al (2006), colocam a motivação como fator prioritário para um aprendizado efetivo. Os pais devem também, ter acesso às informações, analisando-as, relacionando-as com o cotidiano e entendendo o significado das práticas de Saúde Bucal para que possam participar de maneira efetiva na educação dos filhos no que se refere à Saúde Bucal.

O papel de educar não deve ser atribuição exclusiva do cirurgião-dentista, mas de qualquer cidadão, de criar condições para o envolvimento tanto da comunidade escolar como associação de pais, pois, a todo o momento estamos educando e sendo educados, através do contato com outros seres humanos e com o meio ambiente (Botazzo, 1994; Buisch, 2000; Franchin et al, 2006).

Neste contexto, a educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção em Saúde Bucal. Petry, Pretto (2003, p.374), salientam “*ser condição indispensável ao processo educativo em Saúde Bucal, uma atenção que integre os aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais para uma visão dinâmica do processo saúde-doença*”. Neste sentido, Rocha (1997, p. 40), fundamenta sua tese de que “*para toda ação que gera mudanças significativas nos padrões epidemiológicos de um dado problema de saúde, existem ações educativas que possibilitam tais transformações.*”

Os autores valorizam as relações entre educação e motivação na perspectiva de mudanças de comportamento para manutenção e recuperação da saúde. Citam a “educação bancária” de Paulo Freire, de que não adianta expormos os saberes de maneira vertical, sem que motive nossos ouvintes, pois, sem desenvolvermos as condições internas favoráveis, estes, não se motivarão. É necessário utilizar linguagem simples e adequada, explicando o que se pretende com a ação educativa. Esclarecer os termos desconhecidos, ensinar as técnicas em etapas, considerar cada qual dentro de sua individualidade, estimular o potencial individual através de atividades educativas para uma aprendizagem significativa (Moreira, 2000).

2.3. Conhecendo estudos e pesquisas no campo da educação em Saúde Bucal em escolares

Os programas preventivos de promoção de Saúde Bucal têm sido amplamente implementados numa tentativa de reduzir a prevalência da cárie dental e doença periodontal em todo mundo. O Brasil, igualmente, com uma crescente parcela da população beneficiada por esses programas, reflete uma tentativa de ruptura com o paradigma cirúrgico-restaurador dominante até meados de 1980.

Por meio de novos conhecimentos técnicos e epidemiológicos, houve um maior entendimento da etiopatogenia da doença cárie e, conseqüentemente como evitar, reduzir e prevenir os danos produzidos na dentição (Bellini, 1991; Tavares et al, 2001; Chaves et al, 2002; Weyne, 2003), que foram analisados, aplicados e estudados por vários autores.

Couto et al (1992), realizaram uma revisão bibliográfica de uma série de pesquisas publicadas para discutir as principais técnicas observadas. A literatura odontológica demonstrou que a orientação direta seria a mais eficiente para se modificar o comportamento do paciente e levá-lo a exercer um controle satisfatório da placa bacteriana, embora registrem que os conhecimentos passados não chegaram a modificar os hábitos à longo prazo. Para os autores, a educação direta é sem dúvida a melhor, mas, o espelho de mão e a própria boca do paciente são ainda, os melhores motivadores, desde que, orientados acerca da etiologia da cárie e doença periodontal.

Diversos recursos foram utilizados, dentre os quais, audiovisual, filme, diapositivos, macro-modelo, úteis à motivação, mas, nenhum deles isoladamente assegurou a motivação dos pacientes. Registram a necessidade da manutenção dos programas para evitar a recidiva da doença.

A experiência de um programa educativo-preventivo de Gonçalves (1992), no Centro Educacional Dom Jaime de Barros Câmara, em Palhoça, Santa Catarina teve por finalidade atender menores em regime de internato, semi-internato e externato. Foi desenvolvido em duas etapas simultâneas: a primeira, em ambulatório odontológico onde os procedimentos curativos eram realizados; a

segunda, paralelamente ao tratamento curativo com um programa educativo-preventivo na Escola. As crianças eram orientadas a cuidar da Saúde Bucal que constava de escovação dentária supervisionada, bochechos semanais com solução fluoretada a 0,2%, revelação quinzenal de placa bacteriana e palestras dirigidas às crianças e ao pessoal técnico-administrativo da instituição. Depois de 20 meses o programa mostrou resultados positivos, sendo possível observar mudanças sensíveis no comportamento das crianças, bem como uma melhor integração entre dentistas e o pessoal técnico administrativo, no planejamento e implantação de programas para os menores da referida Instituição.

Tomita et al (1994), no “Projeto Paiva”, implementaram um sistema de atendimento odontológico às 113 crianças de zero a seis anos e, de sete a treze anos através de procedimentos realizados simultaneamente, divididos em coletivos (levantamento epidemiológico, educação em saúde, evidenciação de placa, escovação supervisionada, e bochechos fluorados), e individuais (atendimento clínico previsto no plano de tratamento da criança). O levantamento epidemiológico foi realizado com o objetivo de avaliar as condições iniciais de Saúde Bucal, utilizando-se o índice CPO-D e Patient Hygienic Performance (PHP), utilizados no primeiro e último exame. As atividades educativas foram realizadas trimestralmente, com ênfases nos cuidados com a Saúde Bucal através de recursos variados. Consideraram os resultados promissores, concluindo que programas assistenciais podem resultar em mudanças do perfil epidemiológico do grupo assistido.

O experimento de Bijella et al (1995), um programa de base educativa, preventiva e curativa, contou com uma população de 54 pré-escolares de quatro e cinco anos de idade e de seus pais e/ou responsáveis por um período de doze meses. Teve como objetivo a mudança de comportamento capacitando o escolar no seu domínio afetivo, cognitivo e psicomotor. Houve nesse estudo, a definição das metas a serem atingidas com atribuições específicas a cada um dos recursos humanos. A estratégia operacional foi constituída de escovação supervisionada, evidenciação e remoção da placa, com reforço semanal sob orientação dos Técnicos de Higiene Dental (THD), acrescidas da profilaxia com aplicação de flúor fosfato-ácido. Foi utilizada metodologia de intervenção co-relacionada com as características da realidade sócio-econômica, com resultados positivos.

No “Estudo Clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana”, Navarro et al (1996), avaliaram a variação dos escores da placa bacteriana em 56 crianças estudantes de 3^{as} e 4^{as} séries do ensino fundamental de uma escola pública. Teve duração de quatro meses com visitas periódicas semanais. O método de trabalho constituiu-se da evidenciação da placa bacteriana e posterior registro, sendo utilizado o método de Greene e Vermillion modificado (Pinto, 2000). Foram também, ministradas palestras e orientações sobre o tema higiene bucal, motivando-os para os cuidados e escovação dental supervisionada. As leituras dos escores foram realizadas na primeira e última visita. Conclui-se através deste estudo que ações mecânicas para a remoção da placa bacteriana foram eficazes na redução dos índices da placa, comprovando que programas educativos com escovação supervisionada realizadas em escolas são capazes de motivar e orientar os estudantes quanto à prática de uma higiene bucal correta, obtendo-se resultados satisfatórios.

Garcia et al (1998 a/b), avaliaram o impacto de um programa educativo-preventivo em 682 escolares do ciclo básico. O sistema educativo foi baseado em conceitos de análise transacional, programação neuro-linguística e atividade lúdica. Contou com a utilização de material audiovisual, orientação direta e apresentação do robô-dente. A avaliação do programa foi feita após 15 dias por meio de redações. Os resultados obtidos mostraram que, em 100% das redações analisadas foi citado pelo menos um elemento de impacto, como o cirurgião-dentista, a música, o passeio, ou o robô. Os autores concluíram que, apesar de ter grande aceitabilidade, os programas baseados no binômio, prevenção-educação devem ser periódicos, pois, cessado o ensino e motivação, a higiene bucal piora progressiva e rapidamente, e, tende aos índices iniciais.

A fim de analisar os referenciais de educação que têm fundamentado as práticas educativas em Saúde Bucal, Rocha (1997), analisou os programas segundo o tipo de proposta de atuação. Identificou que a maioria deles (86%), apresentava o componente educativo, porém, um pequeno número de programa se preocupou em explicitar um referencial teórico de educação para fundamentar a prática. Concluiu que a visão de saúde predominante fora a “de ausência de doença” identificada por meio de jargões ou de maneira explícita.

Os referidos programas elegeram como abordagem educativa, a informação ou a persuasão das pessoas para que desenvolvessem comportamentos saudáveis. Tiveram como locus de ação, a escola, ou locais de grandes aglomerações, tendo como critério eletivo, o perfil epidemiológico. Deixaram a desejar por não estabelecerem metas ou critérios de avaliação, e, quando presentes, limitando-se a resultados, sem considerar o processo ou estrutura. No que se refere à visão da Saúde Bucal, em relação à saúde geral, mostra que a prática educativa é vista por 80% dos trabalhos analisados, de uma maneira isolada das demais ações de saúde. Seria quase, um sub-setor dentro da saúde.

Turssi et al (1998), realizaram um estudo com o intuito de avaliar o efeito do reforço na motivação do controle do índice de placa bacteriana em escolares de seis a dez anos de idade em escolares da zona rural. O programa de motivação utilizou diversos recursos: áudio-visual (flanelógrafos, cartazes, diapositivos, passatempos e desenhos), além de realizar a evidenciação de placa bacteriana, acompanhadas de orientações verbais e escovações supervisionadas. Os resultados demonstraram reduções estatisticamente significantes dos exames iniciais e finais, e dos índices de placa bacteriana. Com base nos resultados obtidos os autores concluíram que o reforço da motivação atua positivamente no controle da placa bacteriana.

Dinelli et al (2000), avaliaram um programa de orientação sobre higiene bucal junto a 90 pré-escolares de quatro a seis anos. O programa baseou-se na associação de métodos educativos e de motivação incluindo a apresentação de um andróide ROBÔ, slides e cartilhas para colorir. As mensagens continham informações sobre cárie, doença gengival, flúor, dieta, escovação, visitas periódicas ao cirurgião-dentista, técnicas de escovação e uso de fio dental. O programa foi avaliado através de formulários preenchidos em três etapas: antes, imediatamente após as atividades e decorridos 30 dias de sua aplicação. Os autores observaram diminuição gradativa na porcentagem de erros durante as avaliações, e concluíram que a aplicação do programa possibilitou melhoria no nível de conhecimento sobre higiene bucal.

Santos Miele et al (2000), avaliaram o emprego da música desenvolvida especialmente para pacientes odontopediátricos, como método alternativo de motivação. Foi aplicado em 102 crianças de dois a seis anos de idade durante um

mês. A linguagem compreendeu letras com conceitos de odontologia e ritmos cativantes, de modo a tornar a escovação um ato lúdico, alegre e divertido. Os resultados demonstraram que a música foi capaz de garantir à criança a possibilidade de receber informações e elaborar conceitos de forma descontraída e positiva, configurando-se um ótimo recurso a ser utilizado.

As pesquisadoras Basting, Serra (2000), tiveram como objetivo apresentar o monitoramento da fase eruptiva dos dentes permanentes posteriores prevenindo a cárie oclusal, intervindo com medidas preventivas e/ou terapêuticas. Concluíram que a conscientização sobre a necessidade de tais procedimentos, que somente são vistos em longo prazo, leva, muitas vezes a mudanças radicais dos conceitos sobre a profissão odontológica, que passa a ser vista como uma profissão de saúde e não apenas tecnicista. Mesmo que durante a fase educativa a informação seja completa e adequada, os novos valores requerem certo tempo para serem amadurecidos e incorporados pelos pacientes. Torna-se necessário criar a vontade de aprender e de manter o interesse em promover a auto-higiene bucal estimulando-se o desejo de conquistar os resultados planejados. Caberá ao profissional acompanhar o desempenho do indivíduo, educando-o para a saúde, fazendo-o crer que não é apenas o maior interessado, como também o maior responsável por ela.

O estudo de Chaves (2002), realizou uma revisão sistemática de trabalhos de pesquisa sobre a efetividade das ações preventivas no controle da cárie dental. Indicou uma grande diversidade de estratégias educativas e combinações entre si, revelando uma ausência de concordância entre os pesquisadores, ou associados a processos culturais que incorporam procedimentos consolidados como os selantes oclusais, comprimidos com flúor, dentifrícios com flúor, escovação supervisionada, educação em saúde, higiene oral, dieta, controle de placa individual ou palestras. Os resultados foram diversos. A educação em Saúde Bucal, essencial e fundamental para qualquer ação preventiva, foi pouco descrita ou considerada nos estudos revisados por Chaves (2002), e, os determinantes sócio-econômicos e comportamentais, segundo a autora, não têm sido incorporados nos estudos.

Na pesquisa desenvolvida por Santos et al (2002), estudando-se o impacto dos diferentes métodos educativos na aprendizagem das crianças sobre Saúde

Bucal, há conclusões na direção de que a orientação direta associada aos macro-modelos foi a que apresentou maior impacto sobre o aprendizado dos escolares estudados.

Freitas-Fernandes et al (2002), avaliaram a efetividade de um programa preventivo de higiene oral em 42 escolares entre sete a onze anos de idade, com os primeiros molares erupcionados, por um período de seis meses, e moradores de um orfanato. Os autores verificaram melhora nas condições de Saúde Bucal através da implantação do programa preventivo em crianças que nunca haviam sido expostas a tratamento de prevenção, e que viviam sob condições ambientais adversas.

Na revisão da literatura de programas educativos, Mastrantonio, Garcia (2002), observaram o uso de diferentes métodos educativos, que apresentaram resultados positivos na prevenção das doenças periodontais. A orientação indireta mostrou-se mais adequada com a população infantil devendo adequar-se a essa faixa etária captando recursos atraentes. A adequação dos programas às necessidades populacionais e a avaliação dos conhecimentos prévios fizeram-se necessários, e a continuidade nas aplicações são recomendadas.

Queluz, Pulhez (2003), avaliaram um programa educativo preventivo com 500 crianças, na faixa etária de cinco a dez anos, durante a Jornada Odontológica de Piracicaba em 1991. Concluíram que programas educativos preventivos necessitam de continuidade. O estudo aponta também, que a conscientização do grupo é realizada com maior facilidade, pelo fato de que, crianças apresentam maior facilidade de assimilação de novos conceitos do que adultos.

Aquilante et al (2003), no trabalho “A importância da Educação em Saúde Bucal para Pré-Escolares” buscaram avaliar a eficácia de um programa de educação em Saúde Bucal, pautado na verificação do componente psicomotor, através da Performance da Higiene do Paciente (índice PHP), e do componente cognitivo por meio de um questionário aplicado através de entrevista, elaborado para avaliar conhecimentos sobre Saúde Bucal. Do estudo participaram 44 crianças da pré-escola da EMEI Gasparzinho de Bauru, Estado de São Paulo, com idade de seis anos completos desde o início ao final da avaliação. As conclusões indicam que os programas educativos promoveram o aumento do

conhecimento sobre Saúde Bucal e redução do nível de placa bacteriana, sendo, consideradas, as escolas, locais adequados para tais programas.

Descrever os resultados após três anos de implantação de um programa odontológico para bebês, com ênfase na educação aos pais e em métodos de prevenção para as crianças, foi o estudo de Pereira, Freire (2004). A amostra foi constituída de 100 crianças desde o nascimento até os doze meses, e acompanhados durante dois a três anos. As variáveis investigadas foram a experiência de cárie, os riscos de cárie e o comportamento da criança na clínica. Os procedimentos preventivos foram realizados através da remoção da placa e aplicação de flúor gel em todas as sessões de retorno e aplicação de selantes de fissura. Incluiu orientações aos pais para que aplicassem o flúor tópico a 0,05% nos dentes da criança antes de adormecer e manter o controle da dieta. Os resultados mostraram-se altamente satisfatórios, com uma redução acentuada no número de crianças com alto risco de cárie detectada na primeira visita (51%) e, após dois a três anos de implantação do programa (1%). Os resultados indicam que cuidados precoces de educação em saúde e procedimentos preventivos são fatores importantes para se ganhar e manter boa Saúde Bucal.

O “Programa educacional em Saúde Bucal baseado em escolas: a experiência de avaliar os resultados preliminares de uma estratégia educacional baseada em escolas públicas sobre Saúde Bucal” de Conrado et al (2004), teve a participação de 556 crianças e adolescentes entre seis e 17 anos, 124 professores e 55 mães. A abordagem educacional foi implementada por um período de 18 meses e de reforços nas intervenções educativas aos estudantes e professores, e, poucas atividades envolvendo as mães. Os resultados alcançados sugerem uma encorajadora tendência de melhoria nos níveis de cuidados em Saúde Bucal entre jovens em idade escolar. Apontam também, para a necessidade de se intensificar o preparo dos professores em tópicos relacionados à Saúde Bucal, bem como a instrução às mães para os cuidados apropriados com a Saúde Bucal. Evidenciam também a importância da contínua implementação de programas baseados em escolas para a promoção de Saúde Bucal.

Junqueira (2007), em estudo realizado com adolescentes de Embu, Município do Estado de São Paulo, concluiu que as atividades educativas não foram suficientes para a adoção de práticas saudáveis, pois a prevalência da

cárie nos adolescentes não mostrou diferenças naqueles que participaram dos Procedimentos Coletivos (PC) quando crianças.

Numa revisão dos estudos realizados sobre procedimentos coletivos em Saúde Bucal, o autor cita vários estudos de programas realizados em diversos países, numa tentativa de diminuir a incidência da cárie e doença periodontal, dentre as quais, a Finlândia, que ofereceu acesso universal de tratamento curativo e preventivo individuais até os 19 anos. Mas, aos 15 anos, metade desses jovens foram considerados de “alto risco” para a cárie e doença periodontal, mostrando que o tratamento preventivo individual não trouxe benefícios práticos para essa população.

Pauleto (2004), em seu estudo, identificou quatro tendências de programas educativos em Saúde Bucal, embora nem todas pudessem ser consideradas como tal por apresentarem atividades pontuais: Programas de ações curativas e preventivas com práticas educativas; Programas de ações preventivas com bochechos fluorados e práticas educativas pontuais; Programas de práticas educativas com foco na informação e no uso de recursos mobilizadores e, Programas de prevenção e práticas educativas de conscientização.

Para a autora, as propostas no foco coletivo representam um desafio, tanto pelo fato da formação específica da Odontologia ser direcionada ao individual, como pela pequena parcela de investimentos dirigidas aos problemas de Saúde Bucal com relevância para a saúde coletiva.

Neste contexto, compreender as práticas de Saúde Bucal desenvolvidas junto a escolares, ganha um singular realce na perspectiva de contribuir para uma ação da Odontologia, que seja comprometida com a saúde da sociedade. Este é o grande sentido desta investigação, cujos objetivos estão apresentados no próximo capítulo.

3 – OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar concepções e práticas de odontólogos que tenham atividades em ambientes escolares, que atuam no Programa de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo e em um Município da Grande São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- 1- Caracterizar o perfil de odontólogos que atuam com Saúde Bucal dos escolares.
 - 2- Mapear os processos de formação vividos pelos odontólogos para desenvolverem intervenções no campo da educação em saúde.
 - 3- Caracterizar as práticas educativas no campo da Saúde Bucal nas escolas.
 - 4- Apreender concepções de odontólogos que atuam em escolas sobre Saúde Bucal.
-

“O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular essa articulação. O método tem, pois, uma função fundamental: além de seu papel instrumental, é a própria alma do conteúdo” (Lênin, 1965; apud Minayo, 2004).

Fazer a relação entre o pensamento e a existência e vice-versa, trilhando o caminho do pensamento, traduziu-se em retratar a realidade, coletando os dados em diferentes momentos e com diversos informantes, procurando-se representar as diferentes opiniões encontradas, até mesmo divergentes, sem critérios de certezas, mas tecendo um diálogo com os autores escolhidos e comparados com a realidade descrita, para melhor compreensão do tema escolhido.

Pesquisar, segundo Luna (2003), é sempre um elo entre o pesquisador e a comunidade científica. A obtenção das respostas de um questionário, as transcrições das entrevistas, dos documentos, dos registros de observações, representam, informações à espera de tratamento que lhes dê sentido, e que, a partir de então, produzam conhecimento científico novo através de um caminho metodológico, adequado para cada natureza de estudo, com perspectiva de divulgação e socialização dos achados. Segundo Batista, Silva (2001), a pesquisa *“envolve uma postura de interrogar a realidade, problematizando-a e procurando construir explicações que signifiquem um avanço para o processo de conhecimento”*.

A presente investigação fundamentou-se no entendimento da abordagem qualitativa como um caminho que privilegiou motivos, valores, significados, sem secundarizar as dimensões quantitativas que estavam presentes no objeto escolhido.

4.1. Processo de delimitação da população de estudo

Esta pesquisa teve como espaço privilegiado os serviços de Saúde Bucal desenvolvido nos seguintes contextos: Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de São Paulo; e UBS de um Município da Grande São Paulo, considerando as inserções dos odontólogos no campo das relações com a escola.

A composição do cenário foi sendo construída no decorrer do delineamento investigativo. No início deste projeto de pesquisa, tínhamos a intenção de trabalharmos com os odontólogos que atuassem como a pesquisadora, em escolas, considerando o objeto do estudo.

Uma busca foi empreendida e encontramos os odontólogos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Programa de Saúde da Família (PSF), nos Ambulatórios de Especialidades (CEO) e nas Coordenadorias de Saúde Bucal.

Frente a essa diversidade, optamos por privilegiar o contexto dos PSF e da UBS, mapeando os profissionais que tivessem, efetivamente, inserção nos espaços escolares no âmbito de promoção de saúde e/ou assistência com ênfase no tratamento preventivo/curativo.

Foi realizada uma busca no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - Análise da Situação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família/dezembro de 2004, resultando em um panorama total de 556 Equipes de Saúde Bucal atuantes no Estado de São Paulo, sendo 13 equipes na Capital. Dessas 13 equipes, foi possível acessar, com significativo grau de confiabilidade, os dados de duas parcerias: Fundação Zerbini e Fundação Santa Marcelina.

Concomitantemente, tentamos um diálogo com ambas as Instituições; com a Fundação Zerbini não conseguimos retorno. Com a Fundação Santa Marcelina, chegamos a um responsável na Coordenadoria da Saúde Bucal do Município de São Paulo, para qual solicitamos anuência para o contato com os seus profissionais (Anexo I) .

A equipe Município de São Paulo é composta de 27 CD, seis ACD e um THD. O segundo grupo a ser investigado envolveu um Município da Grande São Paulo, para a qual, igualmente obtivemos permissão para o desenvolvimento da

pesquisa. Neste grupo, a equipe de Saúde Bucal é composta de 54 CD, 13 ACD e 18 estudantes de THD.

4.2. População de estudo

Participaram deste estudo 35 odontólogos, sendo 18 do serviço localizado no Município de São Paulo, e, 17 do serviço situado no Município da Grande São Paulo.

Este universo de sujeitos foi delimitado a partir da composição das equipes já descrita anteriormente, considerando o critério definido para a pesquisa: atuação e inserção em ambientes escolares.

O acesso aos mesmos demandou uma aproximação e autorização da Coordenadoria da Saúde Bucal do Município de São Paulo, permitindo a coleta de dados somente na região por ela designada.

4.3. Processo de coleta de dados

O caminho de acesso aos dados teve como procedimentos centrais o questionário e a entrevista.

Tanto para o questionário como para a entrevista, foram assumidos como núcleos orientadores: *concepções de Saúde Bucal, práticas desenvolvidas no âmbito da Saúde Bucal com escolares, processos de formação e atividades desenvolvidas.*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP sob o número CEP 0822/05 (Anexo II). Foram garantidas a anuência dos sujeitos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Para a análise dos instrumentos, foi realizado um estudo piloto utilizando-se de versões preliminares do questionário e do roteiro de entrevista. Este estudo abrangeu três odontólogos que atuavam no campo da Saúde Bucal com escolares e aceitaram participar dessa etapa da investigação.

A possibilidade de pré-testar os instrumentos foi significativa, contribuindo para que as versões finais fossem, efetivamente, adequadas aos objetivos da pesquisa.

4.4. Aplicando o questionário

Segundo Gil (2002), o questionário pode ser definido como um conjunto de questões respondidas por escrito pelo pesquisado (Anexo IV).

O questionário aplicado aos 35 odontólogos abrangeu quatro eixos: identificação, formação/titulação acadêmica, atividade profissional e atuação no campo da Saúde Bucal em espaços escolares (recursos didáticos, estratégias educativas e atividades bucais). Neste último eixo, os sujeitos responderam de acordo com o grau de concordância e/ou discordância em relação assertiva apresentada, tendo-se utilizado uma escala do tipo Likert (apud Cordioli, 2007).

A aplicação do questionário para a equipe do Município da Grande São Paulo, foi agendada pelo Coordenador da Saúde Bucal local. O questionário foi distribuído e aplicado após apresentação da pesquisadora e uma rápida descrição da pesquisa para os sujeitos do estudo. Para a equipe do Município de São Paulo, o questionário foi aplicado individualmente. Foram aproveitadas três reuniões agendadas para capacitação dos profissionais. A pesquisadora foi apresentada aos mesmos pelo coordenador local, que, resumidamente fez a explanação dos objetivos da pesquisa. Posteriormente, os questionários foram respondidos individualmente, sendo necessários cinco retornos para completa coleta de dados. Percebeu-se uma motivação bem acentuada, da liderança do coordenador local.

4.5. Realizando as entrevistas

A entrevista pode ser definida como o encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto mediante interlocução (Markoni, Lakatos, 2003).

A escolha do tipo da entrevista recaiu na semi-estruturada por se caracterizar como uma situação de interação, levando-se em consideração,

segundo Minayo (2004), que a vantagem da entrevista reporta-se ao fato de podermos ter a captação imediata e corrente da informação direcionada ao objeto de pesquisa. Permitem também, o aprofundamento de pontos que não ficaram elucidados, possibilitando correções, esclarecimentos e adaptações para uma maior eficácia na obtenção das informações.

O roteiro da entrevista semi-estruturada foi constituído de quatro áreas centrais: trajetória pessoal em atividades escolares; a dinâmica para desenvolver as atividades; promoção de Saúde Bucal nas escolas e concepção de Saúde Bucal (Anexo V).

As entrevistas, realizadas com 17 odontólogos, foram feitas ao final da aplicação do questionário com a permissão dos sujeitos para a gravação em áudio.

4.6. Processo de análise dos dados

Os resultados foram analisados, considerando os objetivos assumidos e a natureza dos dados coletados. Compreende-se que a análise visa obter através da interpretação sistemática e objetiva, os conteúdos das mensagens (Minayo, 2004).

Para o questionário, foram empreendidos os seguintes passos:

- Organização e sistematização de um quadro com as informações relativas aos dados pessoais, trajetória de graduação, titulação, inserção profissional e atuação. Foram elaboradas duas tabelas considerando-se que os sujeitos estão inseridos em dois serviços públicos (anexo VI – perfil 1 e perfil 2);
 - Organização de um quadro relativo às concepções de Saúde Bucal; com recortes dos textos em unidades de registro, e agregação dos dados. Por fim, foram construídos para a concepção de Saúde Bucal, quatro *núcleos temáticos*: Saúde Bucal como prevenção, Saúde Bucal como componente da saúde geral, Saúde Bucal como ausência de quadro patológico e dimensão individual da Saúde Bucal (Anexo VII).
-

- Elaboração de um quadro síntese sobre as atividades bucais, recursos didáticos e estratégias educativas (Anexo VIII, IX e X), visando à obtenção de frequência de respostas

As entrevistas foram analisadas a partir dos seguintes movimentos:

- Transcrição, respeitando-se as pausas, as reticências, buscando trazer as sensações do momento vivido na entrevista. Estas transcrições foram feitas em, no máximo três dias após as entrevistas, pela própria pesquisadora.
- Leituras diversas, procurando familiarizar-se e impregnar-se das falas dos sujeitos. Este processo está descrito na literatura como leitura flutuante (Minayo, 2004; Franco, 2003).
- Apreensão de ênfases, nichos de concepções e práticas no âmbito da Saúde Bucal com escolares, processos de formação e atividades desenvolvidas.
- Utilização da análise temática que, segundo Franco (2003) e Minayo (2004), abrangem inicialmente a identificação das *unidades de contexto*. Empreendeu-se, depois, a identificação das *unidades de registro e categorias de análise*, configurando um aprofundamento da análise (Anexos XI).

Os próximos capítulos - “Saúde Bucal dos Escolares: do perfil às práticas educativas” e “Saúde Bucal dos Escolares: apreendendo concepções” apresentam as análises empreendidas e os diálogos com a literatura.

**5 – SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES:
DO PERFIL ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS**

5.1. Conhecendo os odontólogos que atuam com Saúde Bucal dos escolares

Ao assumir como um objetivo específico “caracterizar o perfil dos odontólogos que atuam no campo da Saúde Bucal com escolares”, delineou-se uma coleta de dados por meio dos questionários que privilegiou aspectos importantes para possibilitar uma aproximação ao perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

No universo de 35 sujeitos, 26 são do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com idades que variam dos 24 anos aos 58 anos, com predominância da faixa etária dos 30 aos 39 anos, conforme Figura 1.

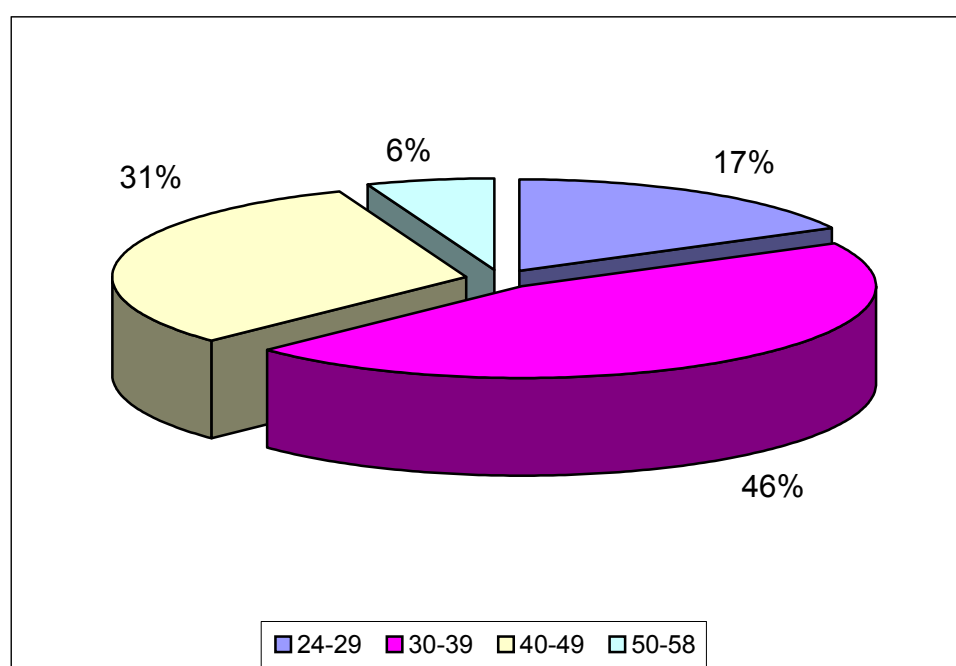


Fig. 1 – Distribuição da amostra de acordo com a idade

A alta proporção de mulheres em relação aos homens parece ser uma tendência à progressiva feminização nos cursos de Odontologia, confirmado nos estudos de Freire et al (1995); Freitas, Nakayama (1995); Junqueira et al (2002); Franchin et al (2006).

A partir da classificação das instituições em públicas e privadas, os resultados foram praticamente os mesmos: 17 sujeitos formados em instituições públicas e 18 sujeitos em instituições privadas, graduados entre 1975 a 2003, segundo Figura 2:

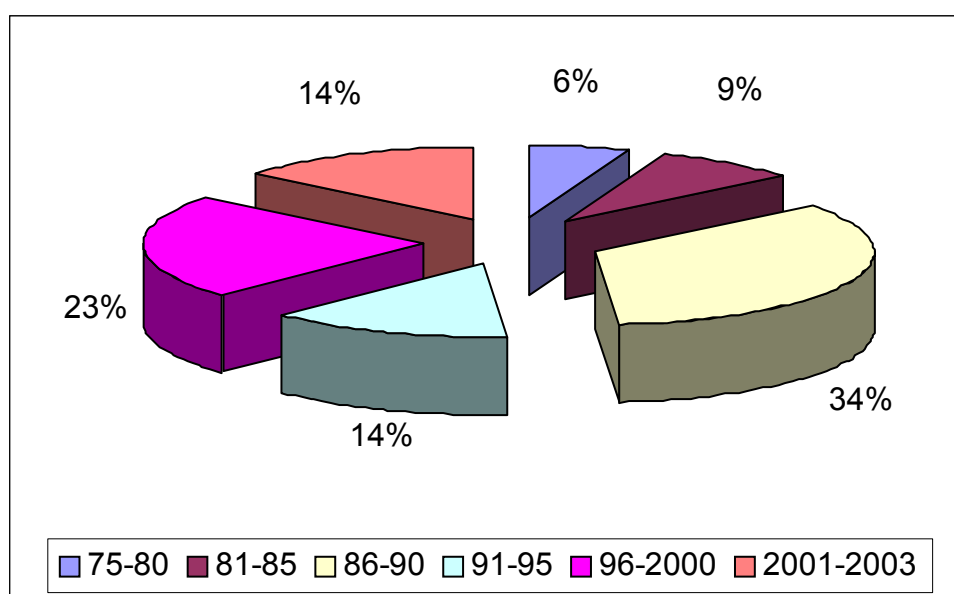


Fig. 2 – Distribuição da amostra de acordo com o ano de graduação

Esta realidade pode vir a ser alterada pela direção do crescimento dos Cursos de Odontologia no país. Segundo Fernandes Neto et al (2006), há uma tendência à privatização do Ensino Odontológico, a qual acompanha o ritmo de crescimento e expansão do Ensino Superior Brasileiro.

No tocante à atuação como cirurgião-dentista, encontrou-se a maioria dos sujeitos praticando a Clínica Geral (21), seguida da atuação em escolas de educação infantil e ensino fundamental (18) e, Saúde Coletiva (13). Importante destacar que a soma das especialidades ultrapassa o total de sujeitos, porque alguns praticam mais de uma especialidade. Apenas um sujeito apresentou atuação em Supervisão de Saúde Bucal (Figura 3).

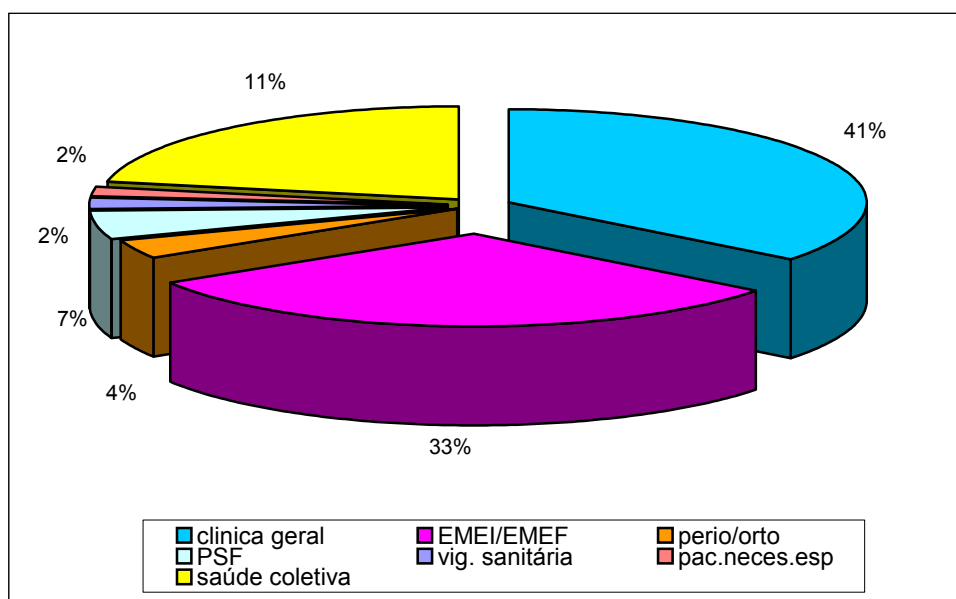


Fig. 3 – Distribuição da amostra de acordo com a atividade exercida

Estes campos de trabalho interagem com os dados obtidos em relação à titulação, onde oito sujeitos possuem pós-graduação lato-sensu sendo, dois em Periodontia, um em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, cinco em Saúde Pública e um Mestre em Saúde Pública.

Este conjunto de resultados não pode ser compreendido apenas como decorrência em Odontologia. O período de 1998/2003 marcou profundas modificações na tendência do mercado de trabalho em Odontologia. A visão do exercício profissional voltado para a prática liberal foi gradativamente alterada, fazendo com que a procura de um emprego passasse a ser considerada por um número maior de egressos. Esse movimento é simultâneo ao crescente aumento dos postos de trabalho no Sistema Único de Saúde, principalmente após a implantação do Programa de Saúde da Família (Fernandes Neto et al, 2006). Essas mudanças vão impactar a formação superior em Odontologia, seja pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia, seja pelo reordenamento do mundo do trabalho.

As Diretrizes vão procurar superar a visão disciplinar e fragmentada do currículo (Batista, 2004), funcionando como indutoras de mudanças na estrutura curricular dos cursos e a preocupação em formar um profissional generalista adequado à realidade local, regional e nacional que passaram a ocupar a agenda das instituições de ensino superior de todo país (Perri de Carvalho, 2004).

No texto das DCNs, encontra-se como perfil do egresso:

“[...] um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à Saúde Bucal da população, pautado nos princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atenção para a transformação da realidade em benefício da sociedade.” (Brasil, 2002, p.8).

Segundo Lombardo (2001) e Cordioli, Batista (2007), há dificuldades para a concretização desse perfil egresso preconizado pelas Diretrizes Curriculares, principalmente no que diz respeito à prática generalista da profissão, que envolvem a integração de várias áreas de conhecimentos desenvolvidas por diversos docentes de diferentes disciplinas.

Correlacionando com as discussões contemporâneas sobre currículo, encontra-se a posição de Zabalza (2003), que alerta para as características de um currículo pautado na divisão das disciplinas, tratadas como se fossem especialidades inseridas na formação da graduação. Dos alunos, coloca o autor, espera-se que reúnam as partes fragmentadas na tentativa de entender e aplicá-las como um todo. Lombardo (2001), Paula, Bezerra (2003), Batista (2004), e Guterman (2005), compartilham desse entendimento e afirmam que se espera ao final do Curso de Odontologia a construção de uma clínica de aplicação prática do conjunto de conhecimentos, que na realidade permanecem fragmentados, e despojados de ações transformadoras.

Segundo Cordioli, Batista (2007):

“a falta de articulação da teoria com a prática, com uma visão de Odontologia descontextualizada da realidade com conseqüente despreparo para atuação no mercado de trabalho, uma ênfase intraprofissional com pouca integração com outras áreas da saúde, uma formação inadequada para o trabalho em equipe de saúde no contexto do SUS, um preparo inadequado para ações ligadas à administração e ao gerenciamento da própria prática e pouco preparo para o relacionamento com o paciente e outros profissionais da área” (p. 92).

O desenho deste novo quadro começa a ter reflexo no desenvolvimento da graduação com pressões por mudança da formação tecnicista, com investimentos em políticas públicas de formação do profissional de saúde. Visando a uma adequação ao trabalho no contexto do SUS, ancorada na interdisciplinaridade e na integralidade do cuidado, faz com que haja o aumento de interesse nos conteúdos das disciplinas sociais e humanas, particularmente da Odontologia em Saúde Coletiva (Fernandes Neto et al, 2006).

Interessante destacar que a área da Clínica Geral e Saúde Pública/ Saúde Coletiva ao predominar entre os cursos escolhidos para a pós-graduação, parece indicar uma proximidade com conceitos e práticas mais ampliadas de saúde. Este dado parece indicar que há uma coerência entre os espaços buscados para a continuidade dos estudos e a área de Saúde Bucal do escolar, a qual exige, efetivamente, uma mudança na ótica sobre o processo saúde-doença, saindo de um modelo centrado no diagnóstico, no tratamento e na recuperação de doenças, para o centrado na promoção e prevenção da saúde (Morita, Kriger, 2004).

Observamos atualmente, movimentos de busca em praticamente todos os cursos de Odontologia, por melhorias e adequações de seus projetos pedagógicos, deixando para trás, segundo Paula, Bezerra (2003) e Cordioli, Batista (2007), a Odontologia como obra de arte.

5.2. Processos de formação: experiências e saberes

Ao focalizar o estudo sobre Saúde Bucal dos escolares a partir da ótica de odontólogos, é importante mapear os processos de formação vividos por eles para desenvolverem intervenções no campo da saúde e educação.

A análise das entrevistas possibilitou identificar as aprendizagens construídas no decorrer do processo de formação dos sujeitos da investigação.

Uma fonte e espaço de formação abrangem as *experiências anteriores* como um importante motivo para trabalhar junto aos escolares:

“Eu estou no PSF há sete anos, e, durante cinco anos eu trabalhei nessas equipes de PSF em unidades onde não tinha dentistas.” (P3)

“Eu acho que tenho uma experiência anterior. Não é só porque o dentista tem uma formação técnica...” “Claro que o meu outro trabalho me ajudou. Por sete anos de experiência no PSF...” (P16)

“Eu tenho já a experiência de Saúde Bucal não só nesta Prefeitura, mas em outra. Então, a experiência já vinha anterior a essa prefeitura aqui”. (P2)

No contexto das *experiências anteriores* emergiu o reconhecimento de que aprender e formar foram agentes mobilizadores de *necessidades da prática profissional*:

“... na gestão anterior, estava começando a ação escolar. Ainda estava na fase de planejamento. Não tínhamos infra-estrutura de atendimento clínico rotineiro, não tinha equipamento, então a gente começou a fazer educação em saúde nas escolas.” (P3)

“Quando você começa a falar, a pedir idéias, é fantástico, porque tem uma participação, uma adesão maior, inclusive dos professores, de todo mundo. Quando você faz com que uma pessoa crie junto com você, é uma parceria e cada um sabe o que a sua classe gosta mais.” (P16)

Registra-se também, a importância da *troca de experiência* com colegas:

“Essa experiência já vem de um programa maior que foi a implantação dos cirurgiões-dentistas nas equipes dos PSF que acontece há praticamente oito anos. Então, a gente já tem experiências e relatos de outras unidades que já começou há mais tempo, e que já deram certo, com crianças 95% livres de cárie...” (P3)

Estas experiências de formação remetem, em um momento inicial ao que entendemos por aprendizagem:

“Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos, que vão sendo (re) construídos nas interações sociais. São nesses movimentos de transformações que as pessoas vão elaborando suas possibilidades de intervir no mundo, questionando o estabelecido, concordando ou não com as opções coletivas e contribuindo com alternativas de superação” (Batista, 2004, p.61).

Nesta perspectiva, discutir a formação dos odontólogos para atuar no campo da Saúde Bucal com escolares implica entender que o processo formativo constrói-se em diferentes espaços e forja-se em meio a interações com diversos parceiros.

[...] formação traz em si uma intencionalidade que opera tanto nas dimensões subjetivas (caráter, mentalidade) como nas dimensões intersubjetivas, aí incluídos os desdobramentos quanto ao trajeto de constituição no mundo de trabalho (conhecimento profissional). Portanto, não se trata de algo relativo a apenas uma etapa ou fase do desenvolvimento humano, mas sim como algo que percorre, atravessa e constitui a história dos homens como seres sociais, políticos e culturais (Batista, 2001, p.134).

Farias, Moura (2003), destacam a importância dos trabalhos em equipe, com envolvimento coletivo em estudo realizado no contexto do PSF no Estado do Ceará, onde, funcionários de cada escola formavam o elo de ligação entre saúde-educação participando inclusive, das atividades de bochechos semanais de flúor. Participavam também, os pais e professores das sessões educativas em ambientes escolares, durante as quais, eram utilizados recursos educativos diversos, com o intuito de torná-los multiplicadores das mensagens informativas adquiridas, requerendo atitudes de co-responsabilidade dos profissionais de saúde e dos cidadãos.

O movimento de reorganização com a inserção de diferentes profissionais no SUS, têm, historicamente, possibilitado a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença, superando o entendimento de apenas um conjunto de sinais e sintomas (Aerts et al, 2004).

Houve uma referência em relação à *Disciplina de Odontologia Preventiva na graduação*:

“Essa trajetória já começou na faculdade porque eu tinha a cadeira de Odontologia Preventiva e Coletiva. Nós fazíamos o trabalho fora da Universidade. Então, a gente tinha que idealizar o material didático...”
(P11).

O “quase” silêncio no que se refere às experiências de graduação encontra em estudos contemporâneos (Lombardo, 2001; Perri de Carvalho, 2004; Galassi et al, 2006; Ditterich et al, 2007), o apontamento crítico de que os currículos precisam ser redimensionados, favorecendo aprendizagens que integrem dimensões, técnico-científico com ético-político; buscando-se uma aprendizagem relacionada com soluções de problemas valorizando as técnicas, conhecendo os problemas locais, no esforço de contribuir para a mudança do modelo de atenção em Saúde Bucal centrado no indivíduo, para um que assuma o coletivo como eixo, da ênfase curativa, para a preventiva, de ambiente isolado, para análise da realidade social.

O modelo de formação odontológico sempre foi voltado para a prática liberal, em que o preconizado ainda é a necessidade de aperfeiçoamento e especialização nas áreas exclusivamente técnicas, com o enfoque sempre privilegiando o tratamento das doenças com base no arsenal tecnológico mais recente (Garbin et al, 2006). Estudos recentes (Brustolin et al, 2006 e Cordioli, Batista, 2007), confirmam a tendência à especialização precoce, configurando-se, assim, um distanciamento entre o que se ensina e o que realmente a comunidade necessita.

Embora tenham surgido ao longo do tempo, iniciativas de reformas comprometidas com a relevância social da escola e dos processos de formação no campo da saúde (universidades e serviços), o real papel da Universidade seria o de identificar os problemas de saúde de cada município ou região tentando resolvê-los, ou seja, ensino e pesquisa direcionados para ações que possibilitem melhorias nas condições de vida dessa população (Garbin et al, 2006).

Hoje, parece ser consensual que a graduação em Odontologia precisa incluir a interdisciplinaridade. Mudança dos cenários nos quais se realizam as ações educativas para locais mais representativos da realidade sanitária e social. Uma integração ensino-serviço-pesquisa com compromissos ético, humanístico e social (Campos, Belisário, 2001).

As aprendizagens no trabalho da Saúde Bucal com escolares parecem, também, abranger a *dimensão política*:

“A diretriz do município orienta quatro horas só para as práticas escolares, só para ações coletivas nas escolas. Das 20 horas semanais do dentista, ele reserva quatro horas para procedimentos coletivos com escolares.”

“A gente não faz tratamento nas escolas, pelo menos até hoje. Nas escolas a gente faz os procedimentos coletivos, não os restauradores. No Programa de Saúde da Família - PSF, quando não era municipalizado, a gente não tinha a prática de ir às escolas. No município, a gente tem a prática de ir às escolas. O mecanismo era diferente, mas agora foi unificado com a municipalização. Então a diretriz unificou tudo. O PSF também vai às escolas. O PSF também faz práticas de procedimentos coletivos. Porque, quando o PSF começou, era do Estado, e, quando foi municipalizado, aí as diretrizes ficaram uniformes para todos.” (P3)

“A Saúde Bucal dos escolares aqui está dentro das diretrizes, então a gente está fazendo isso desde que começou aqui praticamente...” (P11)

Esta dimensão revela a potência de Políticas Públicas comprometidas com uma sociedade saudável (Política Pública), gerados pelo Projeto SB Brasil, que forneceu subsídios importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal, proposta em 2004, conhecida como Brasil Sorridente. Observa-se que a Saúde Bucal foi assumida como prioridade dentro do Governo Federal a partir de

2003, tendo-se um aumento no financiamento da área da saúde com característica de uma política de Saúde Bucal consistente (Roncalli, 2006).

Este caráter recente de uma efetiva Política Nacional de Saúde Bucal pode ser captado por uma fala que revela os obstáculos trazidos por descontinuidades no processo político:

“Por eu ser mais experiente e ter passado por várias gestões, eu sinto que não existe continuidade desse atendimento que estava sendo feito. Às vezes é abandonado, trocado por uma outra diretriz.” (P3).

Segundo Pinto (2003), a consequência direta da inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal explícita, sem tradição de normatização e coordenação a nível central, foi o surgimento do grande número de propostas descontínuas de atuações dos serviços odontológicos no Brasil. Dentre os programas que foram interrompidos ou que nem começaram, na esfera Federal, o autor cita o “Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes,” elaborado pelo Departamento de Odontologia do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

As aprendizagens e os processos de formação revelados pelos participantes da pesquisa sinalizam a importância da prática para a construção de um trabalho no campo da Saúde Bucal com escolares. Batista, Batista (2005), comentam que tomar a prática como eixo estruturante de práticas formativas em saúde significa valorizar os saberes construídos no dia a dia do trabalho e investir em interações que sejam significativas e transformadoras.

5.3. As práticas educativas em Saúde Bucal com escolares

Neste estudo, pretendeu-se, dentro dos objetivos específicos, caracterizar as práticas educativas no campo da Saúde Bucal nas escolas. Os dados coletados por meio dos questionários e das entrevistas permitiram configurar um panorama bastante complexo e multifacetado do fazer odontológico na Saúde Bucal com escolares.

A expressão prática educativa, nesta pesquisa, abrange procedimentos odontológicos, estratégias e recursos didáticos.

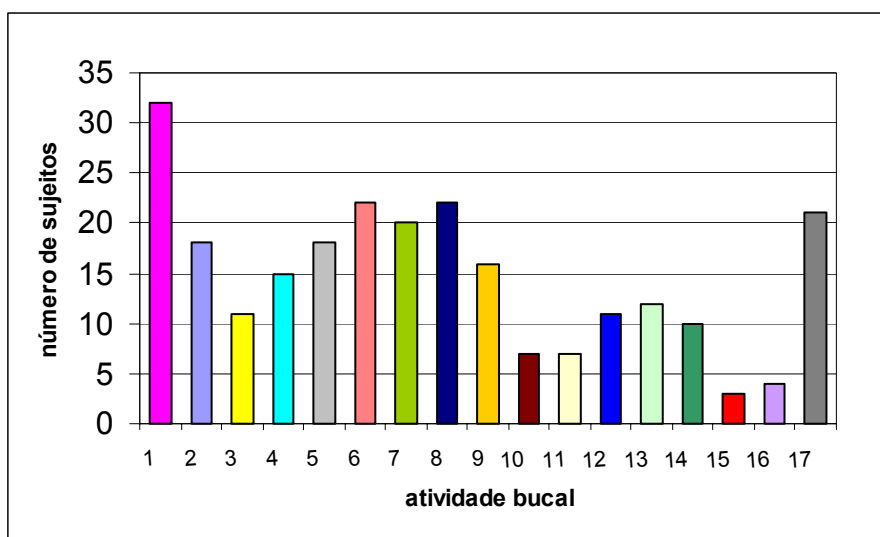
Por procedimentos odontológicos investigamos as ações que estão presentes no cotidiano dos profissionais e referem-se às suas intervenções junto aos escolares. As estratégias referem-se a técnicas utilizadas para alcançar os objetivos propostos e os recursos didáticos compreendem materiais usados na prática educativa como auxiliares nos processos de ensino-aprendizagem, numa perspectiva de ampliar as condições de percepção do educando (Bandler, Grinder, 1982).

5.3.1. Caracterizando os procedimentos

Dentro dos *procedimentos odontológicos* mais realizados pelos sujeitos tivemos o exame clínico (32), seguido pela escovação coletiva e profilaxia (22), ações curativas (21) e uso do fio dental (20).

Aplicação tópica de flúor, evidenciação, remoção e controle do biofilme dental, bochechos com flúor, índice CPOD e sangramento gengival foram atividades que apresentaram maior dispersão das respostas, indo do nunca uso ao sempre uso.

A aplicação de verniz com flúor, selantes oclusais e bochechos fluoretados foram atividades menos realizadas pelos sujeitos entrevistados (Figura 4).



1- exame clínico/anamnese	7- uso de fio dental	13 controle do biofilme dental
2- levantamento epidemiológico	8--profilaxia	14- controle da dieta
3- índice CPOD/ceos	9-aplicação tópica de flúor/moldeira	15-aplicação verniz com flúor
4- sangramento gengival	10-bochechos fluoretados/liq/comp.	16-selante oclusal
5- escovação individual	11-evidenciação do biofilme dental	17-ações curativas
6- escovação coletiva	12- remoção do biofilme dental	

Fig 4- Distribuição da frequência dos procedimentos

Os procedimentos odontológicos referidos pelos sujeitos apresentam uma dimensão centrada basicamente na *promoção/prevenção*, praticados individual ou coletivamente.

As ações indicadas parece ancorarem-se em um entendimento de *prevenção/promoção* que se baseiam em informar e influenciar atitudes de mudanças de comportamento das pessoas. Santos Miele et al (2000), afirmam que se tratando de programas educativo-preventivos, estes devem ser adequados à faixa etária, nível social, cultural, educacional e econômico da população alvo.

Identifica-se, desta maneira, a necessidade de que sejam ampliadas as concepções de *prevenção/promoção* em direção a uma nova abordagem de prática odontológica denominada de Saúde Bucal Coletiva que contempla a integridade da atenção à Saúde Bucal. Um dos princípios básicos mobilizados a partir da Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986), é envolver os profissionais no trabalho de advogarem políticas públicas saudáveis e de participarem de processos e educação que privilegiem a busca da qualidade de vida e da coletividade (Sheiham, Moysés, 2000), deixando de ser, a promoção da saúde, responsabilidade exclusiva do setor da saúde.

No âmbito da *promoção/prevenção* foram mencionados os procedimentos coletivos:

“A gente não faz tratamento nas escolas, pelo menos até hoje. Nas escolas, a gente faz os procedimentos coletivos, não os restauradores.” (P3)

“Conversar com crianças de cinco, seis anos, tem que ser didático, fantasiar um pouco mais. É diferente de uma criança de onze, doze anos. Criança, não, adolescente. Se der uma abordagem infantil, primeiro que eles nem vão ouvir o que estou falando.” (P2)

“Nós fizemos um trabalho intenso com as crianças. Nós tivemos a oportunidade de fazer a triagem por risco de cárie, depois programamos a aplicação de flúor de acordo com o risco de cárie,

escovação supervisionada.” “... fizemos teatrinhos e passamos alguns desenhos... Marca-se uma data antes e sempre tem o teatro. O filminho é à base do trabalho.” (P16)

“O cronograma da secretaria da saúde é ter primeiramente o maior número de pessoas para ter um procedimento mais simples a fim de tentar controlar a doença cárie. Paralisar o processo.” (P12)

“Nas escolas a gente agenda para fazer as palestras dentro das salas de aula. Dá toda uma orientação, normalmente com modelo, e, numa segunda visita é feita uma triagem de classificação de risco. A partir dos cinco anos, chamamos para a UBS, realizamos a evidenciação da placa bacteriana e também aplicação de flúor” (P2)

A perspectiva da *promoção e prevenção* também emerge nos procedimentos individuais:

“Selamos as cavidades abertas. Lá na UBS também tem palestrinhas para reforçar a questão da higienização, da escovação. Fiz palestras explicando a importância do fio dental ... primeiro, temos que adequar o meio, colocando ionômero de vidro ...” (P12)

“... quando a gente coloca um ionômero de vidro, ou IRM em uma grande quantidade de pessoas, dando também educação em saúde, você está reduzindo o risco.” “.... aquelas pessoas que já entenderam que a educação em saúde é muito mais do que a restauração, daí então, a gente entra com a segunda parte...” (P3)

Segundo Chaves (1997), conscientizar as pessoas tem uma importância fundamental, pois é através dessa conscientização, que as pessoas poderão adquirir uma consciência crítica, levando-as a transformar hábitos nocivos de saúde em atitudes que promovam a saúde. Mas, necessário se faz que o profissional esteja em contato com a população, desenvolvendo ações educativas voltadas para o cotidiano dessa comunidade.

Esse procedimento centrado no individual revela que a prática quando focada no paciente, embora, seja num âmbito preventivo de educação em saúde, desconsidera a prática odontológica em seu caráter coletivo quando aborda a comunidade escolar (Pinto, 2000).

Há uma polêmica levantada pelo P2 quanto ao uso da técnica da Atraumatic Restorative Treatment (ART):

“Não estou restaurando, apenas com a técnica da ART... Aliás, não sou muito favorável, porque em termos de duração, não tem muita durabilidade. Eu sei que a demanda aqui é enorme, e que a gente tem que dar atendimento, mas o tempo que eu levo para fazer uma ART e o tempo que eu levo para fazer um amálgama, na minha experiência clínica é mais ou menos o mesmo. Eu não vejo muito o porquê de fazer a ART. Eu preferiria estar fazendo o tratamento completo no paciente. Eu acho que em seis meses, você acaba tendo que repetir o tratamento. Eu não gosto. Eu acho que o ideal seria o uso de uma técnica mista. Às vezes usar a ART, mas também ter nas mãos o amálgama, a resina.” (P2)

Ter a possibilidade de escolha entre o que usar e como usar, seria o ideal, conforme a fala deste participante da pesquisa. O desconforto expresso pelo odontólogo P2 remete ao debate sobre o uso da técnica da ART e o uso convencional do amálgama.

Na esteira deste debate, resgatando Frencken et al (1996b), encontramos os resultados do primeiro estudo realizado na Tailândia sobre ART, em 1994, onde são apontados índices de sucesso compatíveis aos resultados encontrados por Phantumvanit (1996), após três anos de observação em comparação ao sucesso do amálgama. Desta forma, esses autores concluem que a técnica ART poderá contribuir para o controle da cárie dental.

Por outro lado, é importante acentuar que ainda não há dados efetivamente conclusivos sobre a relação ART e controle de cárie, embora tenham sido observadas reduções drásticas dos microrganismos quando o substrato é restrito,

mas, raramente desaparecem completamente (Garib et al, (1993); Gotjamanos, 1996). Amerongen (1996), indica ainda, a possibilidade do comprometimento de tal técnica pelo fato de fazer uso somente de instrumentos manuais podendo restar dentina cariada durante o preparo. Faz crítica ao material indicado para a restauração (baixa resistência mecânica e propriedades biológicas ainda não confirmadas da remineralização da dentina e liberação de íons de flúor).

5.3.2. Conhecendo as estratégias

Com relação às *estratégias*, as palestras educativas tanto com os pais como com os escolares é uma das mais recorrentes, conforme Figura 5.

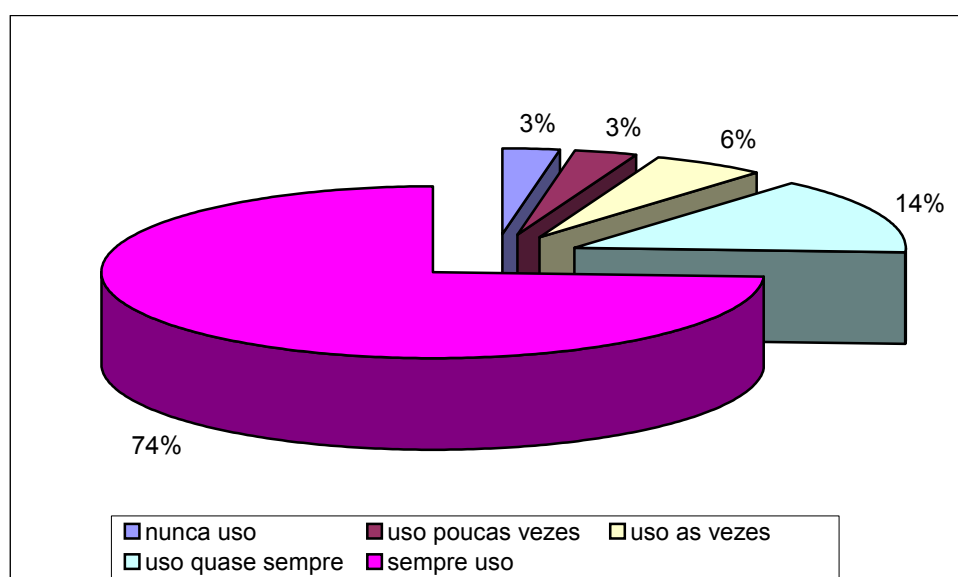


Fig 5- Distribuição da amostra segundo uso da palestra aos alunos como estratégia educativa

As estratégias de dramatização e pesquisa são atividades pouco realizadas pelos sujeitos em seus trabalhos junto aos escolares na presente pesquisa.

Considerando-se a larga utilização das palestras como estratégia educativa, presente em diversos estudos (Bussadori, 1999; Dinelli et al, 2000; Santos, Miele et al, 2000), vale atentar à observação para que esta, não se torne monótona e tediosa, podendo, a transmissão direta contemplar estratégias dinâmicas, conjugadas com outros recursos tais como a evidenciação de placa bacteriana e higiene bucal supervisionada.

Numa revisão sistemática sobre a efetividade das ações preventivas no controle da cárie dental, Chaves (2002), chama a atenção para a grande diversidade de estratégias preventivas e de combinações entre as mesmas, fato que pode revelar a ausência de concordância entre os pesquisadores acerca das melhores estratégias, ou estar relacionado aos processos culturais ao optarem por práticas já consolidadas como o bochecho com flúor e comprimidos com flúor, citadas anteriormente.

Estudos efetuados por Milori et al (1994) e Queluz (1995), ao analisarem programas centralizados nas ações preventivas com bochechos fluoretados e práticas educativas pontuais, apontaram a ineficácia das palestras e orientações pontuais, apoiadas na transmissão de saberes com base higienista.

As estratégias que mobilizam as crianças em grupo poderiam ter um potencial bem maior, considerando o quanto, as atividades em grupo mobilizam interações de troca e aprendizagem. Ruiz-Moreno et al (2005), relatam uma experiência psicodramática: o Jornal Vivo como uma estratégia de ensino-aprendizagem com possibilidades de trabalhar componentes cognitivos, emocionais e atitudinais. A partir da experiência relatada, os autores afirmam o quanto estratégias que inserem os estudantes em situações cotidianas, significativas e que permitem reavaliar posturas e concepções, revelam-se produtivas na construção de uma aprendizagem significativa.

Considerado por Moreira (2000), como fator isolado de maior importância para a aprendizagem significativa, o conhecimento prévio, é a variável que influenciará marcadamente a aprendizagem subsequente. Depende da percepção individual para mudarem as atitudes de acordo com a funcionalidade, a menos que frustrem suas expectativas em relação à representação interna atribuída aos modelos construídos.

5.3.3. Os recursos didáticos

Quanto aos *recursos didáticos*, encontramos um significativo número de sujeitos que fazem uso das macro-escovas e macro-modelos (56%) para demonstração. Importante destacar que P20 não respondeu a esse item (Figura 6).

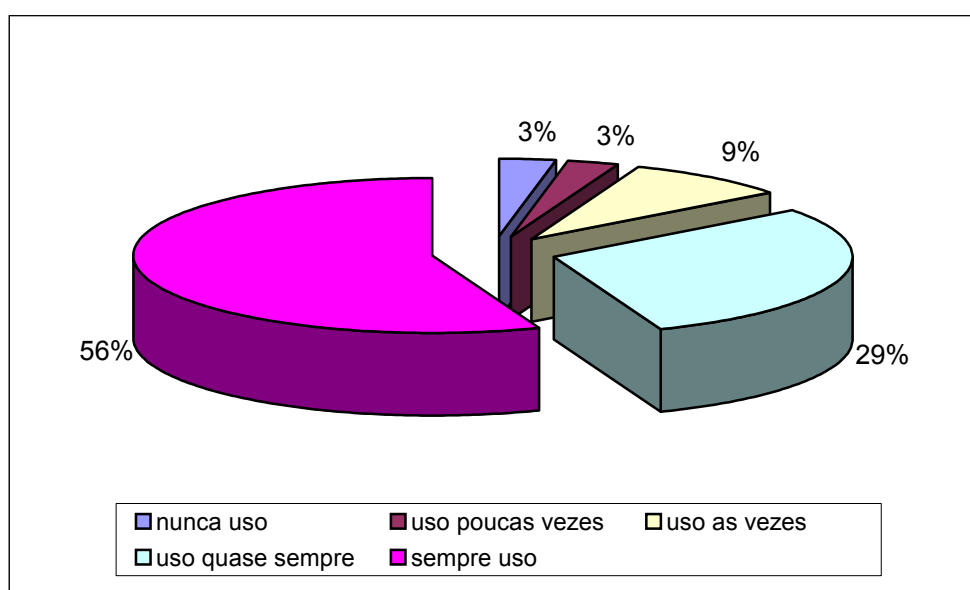


Fig. 6 – Distribuição da amostra segundo o uso do macro modelo/ escova como recurso didático

Quanto aos recursos didáticos utilizados destaca-se o macro modelo que dá o suporte às demonstrações das técnicas de escovação e ilustra as fases de desenvolvimento da doença cárie. Santos et al (2002), avaliando o impacto de diferentes métodos sobre aprendizado infantil, concluíram que a orientação direta associada ao uso do macro-modelo foi a que apresentou melhores resultados.

A importância de fornecer o instrumento à criança, objetivando uma aproximação com o concreto e materialização das práticas, mostrou relevante importância no contexto da aprendizagem das crianças. No estudo sobre o impacto de um programa preventivo com ênfase na higiene oral de Garcia et al (1998a), realizado com estudantes de 3ª e 4ª séries do ciclo básico, os resultados com 100% de citação das palavras de impacto, mostraram que não basta apenas transmitir a informação, mas implica em criar contextos de aprendizagens que favoreçam a manipulação de instrumentos concretos.

As análises das respostas dos participantes desta pesquisa revelaram, também, que, os materiais lúdicos e recurso áudio-visual tiveram índices de concordância que sinalizam uma dispersão nas respostas. Esses dados parecem indicar a necessidade de uma sensibilização dos profissionais para o uso adequado dos recursos didáticos, encontrado no estudo de Couto et al (1992), sobre motivação do paciente. Concluíram estes autores, que a orientação direta associada ao recurso áudio-visual, revela-se um reforço no que se referem os processos educativos promotores de saúde.

O retro-projetor, a música, a lousa e o álbum seriado, foram os recursos didáticos menos utilizados pelos participantes da pesquisa. Abaixo, a Figura 7 que traz a utilização do álbum seriado (P20 e P34 não responderam a esse item).

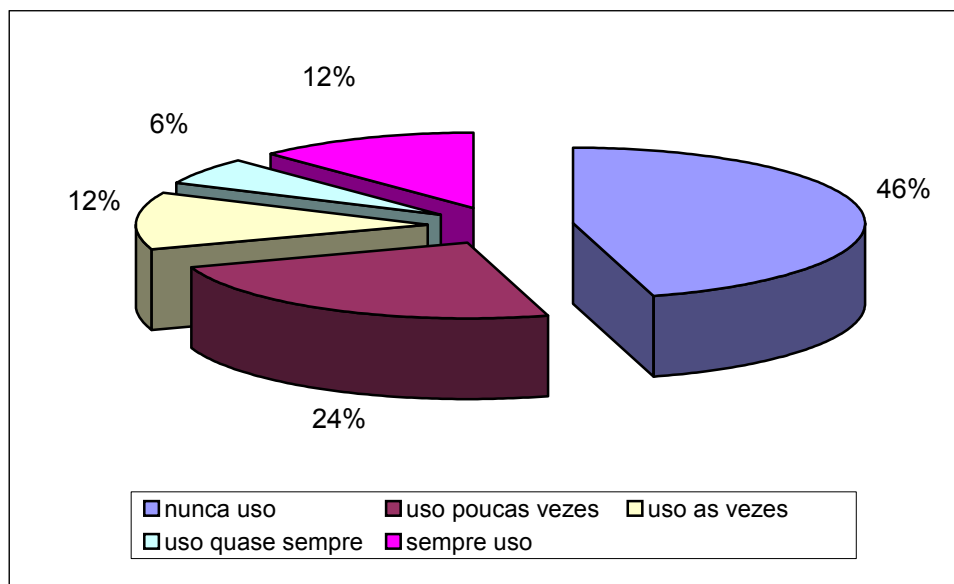


Fig 7 - Distribuição da amostra segundo o uso do álbum seriado como recurso didático

Ao focalizarmos a música, encontramos os trabalhos de Garcia et al (1998b), que referiram a música como aliada no ensino da técnica de escovação, revelando alto poder de penetração, em concordância com estudos de Santos Miele et al (2000), que, também utilizaram a música como recurso didático em atividades com crianças, afirmando que ritmos cativantes durante a escovação tendem torná-la um ato alegre e divertido, ampliando as possibilidades de aprendizagem.

5.3.4. Os interlocutores privilegiados na Saúde Bucal com Escolares

“Quem trabalha com serviço público não tem como não fazer práticas escolares. Às vezes não sabem nem como escovar os dentes, para que serve a pasta. Então, eu acho muito importante não estar só dentro do consultório. No consultório você fica fechado, não existem vagas para todos. Na escola, você consegue atender a uma população maior. Crianças que usam coletivamente as escovas. Têm crianças que nem têm; então a gente fornece. É uma escova que é só delas”.(P6)

Nesta categoria de análise, encontramos que as práticas educativas são essencialmente dirigidas aos escolares, dando ênfase à assimilação de informações pelos pais e responsáveis, para que as orientações dadas aos escolares se estendam para dentro das famílias.

Foram observadas, também, atividades dirigidas aos professores, uma vez que, os dentistas contam com a colaboração dos mesmos para a continuidade e assiduidade das atividades propostas no campo da Saúde Bucal durante o período escolar.

No tocante ao trabalho com professores, destaca-se:

“...mostrando umas historinhas, falando sobre os dentes, e, na capacitação para os professores que aflorou a vontade de desenvolver mais os trabalhos com as crianças. Com os professores a gente conseguiu um bom resultado, tanto é que, retornando nas escolas, pude observar que os professores aqui da região estão fazendo porta escovas... Coisas que eles inventaram, eles criaram de acordo com o espaço deles lá nas escolas.” (P16)

“Nós vamos às escolas, falamos primeiramente com a diretora e professora, e, fazemos um trabalho basicamente de educação: isto é: palestras.” (P1)

“Conversando com o coordenador, chegamos à conclusão que deixando os professores bem orientados, eles passariam para os pais as orientações”. (P11)

Pomarico et al (2000), salientam a importância que os professores têm como parceiros do cirurgião-dentista em programas de educação em saúde, encontrando consonância em vários estudos comparativos sobre “a quem compete educar sobre a Saúde Bucal”, onde, grande é o destaque dados aos docentes (Rayner, 1992; Conrado, 1997; Corona et al, 1998; Oliveira et al, 2002).

Considerando especialmente as potencialidades dos professores do ensino infantil e fundamental como agentes multiplicadores em saúde, Pomarico (2000); Queluz (2003); Franchin et al (2006), enfatizaram a contribuição do convívio diário entre professores e estudantes, atuando os docentes como educadores em saúde na aprendizagem e desenvolvimento de hábitos, bem como no reforço de ações educativas de Saúde Bucal.

“...a professora está fazendo a diferença na parte da Saúde Bucal com as crianças”. (P4)

“Nós fazemos a capacitação dos professores e pais, tanto é que, agora depois da comida, eles vão e fazem a escovação dos alunos. Isso todos os dias! Já virou uma rotina”. (P11)

“As professoras estão colaborando, fazendo porta-escova, tentando fazer a cartilha da Saúde Bucal, perguntando o que vou fazer na semana da saúde, me procurando para dar orientações: isso me deixa muito feliz!”. (P16)

Na participação dos professores das atividades de Saúde Bucal, é importante destacar a necessidade dos mesmos serem envolvidos em propostas formativas que os mobilize para aprender a atuar como agente multiplicador de Saúde Bucal. Os trabalhos de Santos et al (2002) e Franchin et al (2006), indicam que os docentes quando indagados sobre suas possibilidades de participarem dos programas de Saúde Bucal com escolares referem dificuldades no campo da capacitação, do tempo, da falta de apoio da família das crianças, da falta de material didático específico, além da falta de odontólogos na escola para uma formação permanente.

Em relação ao trabalho com os pais e responsáveis, estes foram referidos como parceiros importantes, mas, que mostram o desafio de ativação de uma cooperação junto a essa população que não tem acesso aos serviços e informações.

“O nosso empenho em falar com os pais, sobre promoção de saúde têm sido enorme, porque essa é a parte que falta, porque eles não tiveram isso, e, muitos não valorizam... difícil mesmo é conquistá-los para as palestras...” (P16)

“Nós fizemos nas escolas uma capacitação dos pais, e, depois dos professores e finalmente palestras aos alunos com triagem e aplicação de flúor”. (P10)

“... a gente está marcando uma capacitação para os pais, porque percebemos que a criança assimila, e, daí, chega a casa e está tudo diferente... é importante falar com os pais, senão, o nosso trabalho foi em vão. A criança até pode fazer na escola, e pensar em fazer em casa, mas se é o pai ou a mãe quem cuida da criança, e não assimila a importância... Eu percebo que não resolve muito.” (P14)

“Nas escolas onde a gente trabalha, orientamos os pais para manter o que ensinamos nas escolas em casa. A gente faz reuniões com os pais para poder mostrar para eles que as coisas são diferentes, e, por conta do cuidar, do por que, que a gente está disponível para ajudar numa emergência, alguma coisa...” (P4)

Blinkhorn (1981), entende que se os hábitos saudáveis são ensinados, principalmente pelas mães às crianças em idade precoce; as ações educativas em saúde a serem implementadas posteriormente, poderiam ser, reforço de rotinas já estabelecidas. Borges, Toledo (1999), encontraram resultados positivos com informações preventivas em palestras de pré-natal com gestantes e com reforços pós-nascimento da criança.

Ao considerar, a família, como um dos condicionantes nos primeiros estágios do amadurecimento infantil, Andia (2002) e Adair et al (2004), afirmam que as atitudes dos pais têm impacto bastante significativo no estabelecimento de hábitos saudáveis de Saúde Bucal de seus filhos. Pauleto (2004), contudo, alerta para o fato de termos que levar em consideração o desconhecimento, por parte

dos pais, sobre os cuidados necessários com a Saúde Bucal, que, embora largamente difundidos na mídia, não atinge a todas as camadas populacionais uniformemente, e, dificilmente será apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia.

Apenas um sujeito citou a presença de Técnico de Higiene Dental - THD para continuidade das ações educativas ao longo do ano.

“Na outra prefeitura temos uma equipe de THD treinadas para fazerem as aplicações de flúor e orientações. O cirurgião-dentista faz essa parte também, mas elas dão o suporte durante o resto do ano”.
(P2)

Fez-se referência a uma capacitação logo que foi implantada a Saúde Bucal com as Auxiliares de Cirurgião Dentista – ACD.

“A gente fez uma capacitação com as ACD’s, mas elas não assimilaram muito bem. Foi um serviço novo. Trouxe uma demanda maior para elas, e elas ficaram muito resistentes no começo, não querendo ajudar muito. Então foi muito complicado.” (P14)

Martins (2002), acredita que o trabalho de educação em Saúde Bucal deve envolver todos os interessados no desenvolvimento das ações voltadas para a defesa da saúde. Neste sentido, o autor defende que deveriam se aproximar cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental, atendentes de consultório dentário, agentes de saúde, professores e grupos organizados da sociedade que desenvolvam trabalhos educativos.

Torres da Silva (2002), afirmando que somente ações coletivas como bochechos fluoretados, escovação dentária e palestras informativas pontuais, não determinam uma melhora na Saúde Bucal, acredita que falta, para a efetiva educação em Saúde Bucal, o envolvimento de todos os atores da comunidade escolar: alunos, pais de alunos e funcionários da escola.

Por considerar a importância de práticas preventivas e educativas em Saúde Bucal em diferentes programas odontológicos, Pauleto (2004), traz para discussão alguns aspectos pedagógicos que tem desafiado as práticas de educação em saúde: problematização do cuidado com a Saúde Bucal; aprendizagem significativa; construção do conhecimento emancipatório; autonomia em relação aos cuidados com a saúde; direito à informação e cidadania. A autora afirmou a necessidade de ultrapassar o paradigma comportamentalista ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção para métodos construtivistas e dialógicos, valorizando a interação e a busca de parcerias entre a escola, universidade, serviços de saúde, organizações não-governamentais para viabilização e continuidade dos programas.

Assim, falar de práticas educativas em Saúde Bucal, por si só, não é suficiente, nem garante a qualidade do trabalho de promoção da saúde e prevenção das doenças. Faz-se necessário que este conceito seja ampliado para grupos sociais com menor acesso aos serviços odontológicos, tendo a preocupação com a continuidade das ações propostas, abrindo espaço para uma prática participativa, dialógica e que envolva os sujeitos como construtores do processo ensino-aprendizagem (Pinto, 2000; Freire, 2000).

**6 – SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES:
APREENDENDO CONCEPÇÕES**

“A saúde escolar é um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, envolvendo inclusive o professor. Visa promover e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar, que esteja dentro ou fora da escola, de uma maneira, o mais precoce possível, através de ações educativas e assistenciais que levem em conta suas origens e realidade de vida, interagindo com os recursos institucionais disponíveis na comunidade, assim como, com a família. Busca influir de maneira decisiva no ambiente físico e emocional da escola, no processo de ensino de saúde e na assistência integral à saúde pessoal da criança”. (Harris 1990, apud Torres da Silva, 2002, p. 31)

As concepções de Saúde Bucal, objetivo central desta pesquisa, foram apreendidas a partir das respostas à questão aberta do questionário e das falas dos sujeitos durante a entrevista.

Ao analisar os dados foi possível construir três núcleos temáticos: *Saúde Bucal como componente da saúde geral*, *Saúde Bucal como promoção/prevenção*, *Saúde Bucal como ausência de quadro patológico/ dimensão individual da Saúde Bucal*.

Para dez sujeitos a Saúde Bucal emergiu como **componente da saúde geral**. Abaixo alguns fragmentos de fala:

“É um componente da saúde geral, portanto, Saúde Bucal também é o completo bem estar físico, mental e social”. (P3)

“Saúde de todas as estruturas da boca, associada a uma boa alimentação, higiene, resultando em boa saúde geral.” (P13)

“Bem estar físico, mental e social do indivíduo, incluindo a cavidade oral.” (P17)

Nestas falas é possível reconhecer uma *compreensão ampliada de saúde*:

“Saúde Bucal eu associo com Saúde Coletiva. Antigamente eu tinha uma visão diferente. Eu acho, hoje em dia, que uma pessoa que tem muitos problemas de Saúde Bucal, é temerária de falar de saúde geral tanto mental, física. Não consigo dissociar mais e, eu vejo a influência da família, do meio, da pessoa”. (P15)

Inscreve-se, desta forma, um desafio de não somente construir práticas educativas no campo da Saúde Bucal com escolares mais inclusivas, significativas e transformadoras, como também em ampliar as concepções de educação em saúde que têm norteado os trabalhos de odontólogos e demais profissionais da saúde.

Acompanha um entendimento ampliado de Saúde Bucal uma compreensão mais abrangente do que seja educação:

“Educar não é esse trabalho que a gente faz. O grande trabalho chamava: Programa de Saúde: ensinava a escovar os dentes, tomar banho, cortar as unhas e cabelo, fazer a barba... Então, a educação teria que ser nesse sentido: uma educação continuada”. (P15)

“... aquelas pessoas que já entenderam que a educação em saúde é muito mais importante do que a restauração de amálgama, que é a educação dele que vai lhe dar saúde, e que a saúde dele depende não do cirurgião-dentista, mas sim dele, de estar escovando os dentes...” (P3)

Educar envolve aprendizagens, que por sua vez envolve a dinâmica entre a cultura e as demandas individuais que, por meio de interações com os contextos sociais, segundo Batista (2004), vão se estruturando como pessoas, recriando-se permanentemente.

Os dados analisados referentes às práticas educativas desenvolvidas com escolares evidenciam avanços e várias possibilidades de superação, rompendo com um modelo reprodutivista baseado na transmissão de informações. As práticas educativas voltadas com foco na informação e uso de recursos mobilizadores necessitam serem realizados com continuidade para ganhar impacto, com metodologias capazes de gerar autonomia em relação aos cuidados necessários para a manutenção da saúde.

Formular uma nova proposição estratégica que permita a construção do conhecimento de modo a favorecer a participação do educando, considerando seu universo e saber prévio. Estimulando a ação e reflexão sobre a realidade e a capacidade de solucionar os problemas, ao invés de armazenar conhecimentos e conceitos (Oliveira et al, 2002).

Para que os pacientes saibam como manter a saúde, não basta explicarmos bem as causas das doenças e como evitá-las, exigindo que aprendam. É necessário criar a vontade de aprender e desenvolver condições internas favoráveis à aprendizagem (Toassi, Petry, 2002; Petry, Pretto, 2003).

Ao articular educação e saúde, um sujeito destaca:

“Não é só palestra, não é só educação. A gente engloba tudo na nossa área, o que a gente puder resolver”. (P4)

“Eu acho que é importante, e acho que devemos estar fazendo aí, algumas ações, fora essa do cirurgião-dentista ir nas EMEI's. Eu acho que o caminho é esse. Se não tiver, a gente não consegue um resultado tão rápido. Lógico que o trabalho é a longo prazo. Tem que estar sendo feito para daqui há uns oito - dez anos a gente estar vendo resultados do trabalho.” (P2)

“Manter dentes e tecidos moles rígidos com controle dos agentes etiológicos da cárie e outras doenças integrado ao conhecimento destes agentes para promover as ações profiláticas”. (P21)

A educação e motivação são procedimentos extremamente importantes, pois desenvolvem nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas, mobilizando para a construção de condições saudáveis, em posturas positivas e que reconhecem a dialética entre o individual e as práticas coletivas e políticas públicas.

Em Odontologia, segundo Blinkhorn (1981), na maioria das vezes, a mudança de hábitos é muito difícil de ser atingida em virtude de influências sociais, culturais, governamentais que ocasionam uma inversão de valores. A continuidade da motivação é que será responsável pela sedimentação dos conhecimentos, caso contrário, de nada adiantará os esforços iniciais, pois estes irão se perder com o tempo (Axelsson, Lindhe 1991; Santos et al, 2002).

“O educar em Odontologia é um processo gradativo de uso de ‘multimeios’ didáticos que se soma à experiência direta, até que o indivíduo esteja em condições de dominar os valores das atividades preventivas, incorporando-as com regularidade ao seu dia-a-dia”. (Rocha, 1997, p.73)

O entrelaçamento saúde e educação ganham, na ótica dos sujeitos, o reconhecimento da escola como cenário importante para a construção da Saúde Bucal:

“Eu acho que a educação na escola é básica. A tendência das crianças ficarem nas escolas, é um tempo hábil para aprender. A escola é light! Tira o astral do ambulatório, da doença, é mais alegre, é mais descontraído”. (P5)

“...a escola como formadora da criança...estamos trabalhando na base...é uma esponjinha absorvendo as melhores informações. Sementinhas nas cabecinhas.” (P12)

“A escola como fonte formadora da personalidade da pessoa. Você está trabalhando a educação daquela criança, em relação a prevenção de doenças bucais”. (P11)

“...quando elas (crianças) chegavam aqui, eu já não era aquele monstro branco odontológico: era a tia dentista que foi na escola, que fez coisas legais...” (P16)

“Eu acho que com os escolares você consegue tudo, ou quase tudo, desde que você comece no Centro de Educação Infantil (CEI). Porque, se você tiver uma ação efetiva, principalmente a conscientização dos pais. Chupetas, mamadeiras, escovação dental e fio dental, você só vai ficar limitado ao fator genético.” (P14)

“Saúde Bucal com os escolares, não é só o caminho, é um dos caminhos. O ambiente escolar é bom, porque você pode fazer em

grupos e você pode dividir em faixas etárias e atingir um grande número de crianças”. (P5)

Segundo Pelicioni, Torres (1999), a escola constitui um centro de ensino-aprendizagem, onde, para Lang, Woolfolk (1989), o trabalho educativo com crianças tornam-se mais produtivas. As crianças são mais receptivas, aprendem mais rapidamente. A escola facilita o ensino de hábitos adequados, principalmente os relacionados à Saúde Bucal. O espaço escolar é considerado um local apropriado para o desenvolvimento de programas educativo-preventivo, permitindo que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que, por algum motivo, não têm acesso aos cuidados profissionais particulares.

Segundo Iervolino, 2000 (apud Torres da Silva, 2002): a saúde e a educação devem estar entrelaçadas e são inseparáveis na Escola Promotora de Saúde:

“... a escola pode servir como excelente meio tanto quanto para a educação como para a saúde, e também para coordenar, integrar, programar e manter uma variedade de interesses de promoção de saúde, desenvolver o potencial educativo e o bem estar de todos que convivem na escola”. (p.26)

Dois sujeitos, mesmo concordando com o valor das atividades no âmbito escolar, chamam a atenção para os riscos de uma cultura assistencialista:

“Engraçado, outro dia, uma professora falou que os alunos, hoje em dia, não vão mais para a escola para aprender, para estudar. Hoje, eles vão às escolas para receber ‘as coisas’... é o projeto do leite, do uniforme, do material escolar... Então, eu não sou contra isso...mas isso perturba a cabeça das pessoas porque ela começa a achar que você tem que carregá-la...,isso influi na Saúde Bucal...é cultura assistencialista.” (P15)

“...vincular a palestra aos pais com a entrega de materiais escolares, de interesse deles: mochilinha e entrega do leite. Aí, eles tinham que

assistir a palestra para depois pegar essas coisas... porque infelizmente às vezes, a gente faz uma palestra assim e muitos não comparecem.” (P16)

Importante realçar que as questões sociais, políticas, educacionais, também são permeadas, na ótica dos sujeitos, pela postura do profissional, do cirurgião-dentista como fator determinante na maneira de atuação, percebidas nestes fragmentos da fala:

“Tudo depende da boa vontade do cirurgião-dentista, de querer passar os ensinamentos, de querer ajudar essas crianças e olhar pelo lado social, tem uma ação educativa para todos. Então é isso: a experiência com a boa vontade.” (P16)

“...conversamos com o cozinheiro da escola que faz a merenda para tentar diminuir a quantidade de doces...” (P4)

“...quando você reconhece a criança pelo nome e diz: - Mariana, vem aqui, e tal. Eles já arregalam os olhos e, -Noosa! Ela lembrou do meu nome!!!! A nossa contribuição não é só para a Saúde Bucal, mas também para a auto-estima deles. Então não é só fator local oral odontológico da coisa: é muito mais!” (P17)

“Acho que tem que ter para todas as escolas. Acho que estamos no caminho certo. Eu acho que é isso aí mesmo, não podemos deixar largado, não. Fazemos as reuniões para mostrar que as coisas são diferentes, que estamos disponíveis para ajudar em uma emergência. Que estamos próximos, pertinho para poder ajudar nos problemas que eles estejam tendo. Não é só palestra, só educação. Englobamos tudo na nossa área.” (P4)

Quando o objetivo é conseguir uma melhora nos níveis de Saúde Bucal de um grupo, reporta-se a importância dos profissionais diretamente ligados à Saúde

Bucal, e a importância de serem preparados para tal. Concebe-se como pilar da estrutura que presta atendimento odontológico, os cirurgiões-dentistas, que além de conhecimentos técnicos, tenham formação para adequar suas ações às modificações constantes do entorno ao qual se inserem, integrando-se com os outros profissionais, em redes de comunicação e interação, em um processo de educação permanente (World Health Organization, 1996; Tavares et al, 2001).

Embora seja o perfil perfeito esperado dos egressos, do século XXI, encontramos profissionais envolvidos em programas educativos, com dificuldades em favorecer espaços educativos em saúde e acabam reproduzindo modelos que não estão de acordo com a realidade da população que está sendo assistida (Loureiro et al, 2002).

A concepção de Saúde Bucal como **promoção/prevenção** foi expressa por onze sujeitos. Abaixo se destacam alguns fragmentos de fala:

“Interagir com a comunidade escolar, adequar as nossas condições às deles para melhor promoção /prevenção de Saúde Bucal.” (P15)

“Avaliação do risco de cárie, educação em saúde para pais e professores. Aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada e encaminhamento.” (P35)

“Oferecer orientação e supervisão de higiene bucal, hábitos e comportamentos, além de ações preventivas para minimizar a necessidade de ações curativas.” (P8)

“Conscientizar a população para a correta higienização e cuidados com a Saúde Bucal, de forma simples, de fácil acesso e entendimento.” (P23)

“Conhecer todos os mecanismos que protegem o indivíduo das doenças bucais através da educação em saúde.” (P10)

“Manter dentes e tecidos moles rígidos com controle dos agentes etiológicos da cárie e outras doenças integrado ao conhecimento destes agentes para promover as ações profiláticas.” (P21)

Promoção de Saúde Bucal é para Buischi (2000), qualquer esforço planejado para construir Políticas Públicas Saudáveis, criar ambientes para fortalecer ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar serviços de saúde na busca de metas para Saúde Bucal.

Nesta perspectiva, compreende um processo que vai possibilitar a cada população avaliar a qualidade de vida que lhe é oferecida a atuar sobre ela para que consiga cada vez mais saúde. Explicita-se uma ênfase na formação do cidadão como agente de transformação e participe dos movimentos que lutam pela preservação do ambiente e melhoria da qualidade de vida (Focesi, 1992).

Moysés, Watt (2000), afirmam, todavia, que muitas vezes o processo de promoção limita-se a dizer aos pacientes, o que eles deveriam fazer, em lugar de dar condições a eles de tomarem suas próprias decisões. Apesar dos reconhecimentos formais acerca das ações educativas em saúde, bem como sua prática, ainda ostenta-se uma prática com caráter centrado sobre o indivíduo e com atividades curativas.

No campo da Saúde Bucal dos escolares, a promoção da saúde abrange todos os atores sociais no processo, comunidade escolar (direção, escolares, professores, pais e funcionários), e todas as pessoas que fazem parte do entorno escolar para elaboração, aplicação e reflexão sobre os programas de saúde escolar. Ao lado da promoção, a perspectiva da prevenção envolve postura de intervir na realidade em um caráter antecipatório, buscando lidar com as pessoas a partir de suas vivências, conceitos, valores, reconhecendo a incorporação de modos singulares de sentir e agir (Conceição, 1994).

Nas falas abaixo, apreende-se de forma significativa o entendimento da Saúde Bucal em sua dimensão preventiva:

“Prevenção. Acredito muito na prevenção. Eu acho que para a população super carente, é complicado porque eles questionam: -Ah!,

mas eu estou escovando,... mas o que eles querem é fechar o buraco; mesmo que a noção mais importante não seja o fechamento do buraco. Eles ficam muito afoitos com a questão do curativo.” (P13)

“...eu acho fundamental esse trabalho (prevenção), e, o mais importante, é que eles valorizem os dentes, porque infelizmente, em casa, eles não têm esse exemplo. Os pais não têm dentes.” (P16)

“Associo Saúde Bucal com prevenção. Prevenção é o principal. Acho que o carro chefe da Odontologia é a prevenção e a orientação. Principalmente aqui, onde as informações são precárias. Não tem noções básicas de escovação e higiene, eles não têm. Então, tem que ter, senão, você fica só fazendo tratamento restaurador, e, isso em longo prazo não daria resultado.” (P2)

“Saúde Bucal relacionada com prevenção, prevenção, prevenção.” (P13)

Configura-se assim, uma concepção de Saúde Bucal que articula prevenção e visão integral da pessoa, que segundo Weyne (2003), deverá ser encarada como um trabalho de equipe dentro de uma nova prática de saúde, na qual o biológico se articula com o social e o cultural, estabelecendo uma articulação que terá um papel importante tanto na formação de profissionais da saúde, como no estabelecimento das políticas que nortearão o setor.

A Saúde Bucal é apenas uma pequena parte desse todo, e, apoiada nesse modelo de promoção/prevenção, a atual abordagem do atendimento odontológico busca o tratamento integral do indivíduo, baseando-se principalmente em medidas preventivas e educativas. Para cada procedimento preventivo existe um componente educacional configurando-se, assim, uma triangulação entre promoção, prevenção e educação em saúde (Vianna, 1996).

A educação em saúde é considerada nos dias atuais uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir para a prevenção/promoção

da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva de novos conceitos e tecnologias.

Na perspectiva da promoção de saúde, a educação em saúde é identificada como um dos principais instrumentos que podem contribuir para essa conquista diante da necessidade de formar um profissional de saúde consciente de sua importância também como educador (Graça et al, 2002). Nesse sentido, relevante destacar que educação em saúde é um processo capaz de favorecer a construção pelo indivíduo de uma consciência crítica, levando-o a transformar seus hábitos em relação à saúde em atitudes propositivas e que contribuam para a saúde de si e dos outros, em uma perspectiva de melhoria da qualidade de vida.

Um exemplo das contradições e desafios no campo da educação em saúde pode ser observado com o Programa de Assistência ao Escolar. Neste, o componente odontológico foi dividido em duas fases: preventivo e curativo; porém, a primeira foi limitada a programas de fluoretação das águas de abastecimento público e bochechos semanais com soluções de flúor, sem dar maior ênfase ao componente educativo (Narvai, 1994). Assim, a assistência em Saúde Bucal se ateve à fase curativa, centrada no atendimento individual, na evidência epidemiológica de que a cárie aumenta com o aumento da idade da criança.

De acordo com Ferriane et al (1990), os levantamentos realizados em diversas prefeituras que desenvolveram o Programa de Assistência ao Escolar, durante a década anterior, financiado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), mostraram que não foram desenvolvidas em nenhum momento ações de educação em saúde “ficando demonstradas apenas ações individuais e curativas”.

“Embora com conceitos distintos, a educação e a promoção têm como objetivos a melhora da saúde. A educação é um componente do processo de promoção da saúde, ajudando a ganhar e manter interesse, fornecendo novas informações e reforçando o conhecimento anterior existente. A promoção de saúde fornece o procedimento preventivo e, ao mesmo tempo, oferece uma oportunidade para educar os indivíduos, as comunidades e outros profissionais de saúde sobre o valor do procedimento introduzido” (Murray, 1992).

A **ausência de quadro patológico** representa, para 12 participantes da pesquisa, a base da concepção de Saúde Bucal, considerando-se a **dimensão individual:**

“Cuidar da boca para ter um sorriso saudável.” (P4)

“Integridade dos tecidos moles e duros.” (P5)

“Uma boca com ausência de lesões ou quaisquer danos de origem externa.” (P12)

“Saúde Bucal para mim é uma cavidade oral sadia. Primeiro sem doença, de maneira nenhuma. Sem lesão e bem alinhada, funcional, porque não acredito que uma cavidade desorganizada em termos de estrutura vá trazer saúde para o paciente”. (P14)

“Ausência de afecções bucais, consciência da preservação dos dentes e tecidos de sustentação com higiene adequada.”
“Consciência da preservação dos dentes e tecidos de sustentação, com higiene oral adequada”. (P22)

“É o completo bem estar físico, mental e social, relacionado à cavidade oral.” (P28)

“Haver um equilíbrio saudável na cavidade oral, com dentes (sem cárie, restaurados ou não) e, gengivas saudias, sem sangramento, sem outros problemas.” (P31)

“Satisfação com a aparência ao sorrir, conscientização de uma boa higiene, e também da relação entre alimentação x refeição x escovação.” (P33)

A saúde como um estado do indivíduo na sua totalidade, não pode subsistir com parte de determinados órgãos ou sistemas. A Saúde Bucal como ausência de quadro patológico, só tem significado quando acompanhado em grau razoável da saúde geral. A saúde não pode ser considerada apenas como

doença/saúde, presença/ausência, pois, trata-se de um processo com múltiplos determinantes (variável ambiental, economia, organização governamental, educação, padrão cultural, tradição popular), exigindo esforços no sentido de superar adversidades e romper com os modelos não saudáveis (Chaves, 1997; Pinto, 2000).

A análise empreendida permitiu reconhecer a complexidade das concepções sobre Saúde Bucal dos escolares, para além das próprias trajetórias profissionais. As experiências de formação e as políticas públicas, o fazer cotidiano neste campo também interferem no modo como os odontólogos representam o que é Saúde Bucal:

“Conscientizar a população para a correta higienização e cuidados com a Saúde Bucal de uma forma simples, de fácil acesso e entendimento”. (P23)

“Promover nas crianças e nos pais uma conscientização sobre a higiene bucal e alimentação adequada para o melhor desenvolvimento da saúde geral”. (P30)

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa assumiu como objetivo geral analisar as concepções e práticas de odontólogos que tenham atividades em ambientes escolares, e que atuem no PSF e UBS no Estado de São Paulo.

Para responder às questões orientadoras da investigação, delineou-se um perfil dos odontólogos que se caracterizaram por pertencerem à faixa etária entre 24 e 58 anos. Predominantemente do sexo feminino, graduados entre 1975 e 2003 em instituições privadas e particulares. Oito odontólogos possuem pós-graduação *lato-sensu* em áreas diversas.

No campo das práticas educativas junto aos escolares foram investigados os procedimentos odontológicos, estratégias e recursos didáticos. Os procedimentos abrangeram o exame clínico, escovação coletiva e profilaxia. O exame clínico foi, dentro dos procedimentos odontológicos, o mais realizado, sendo seguido pela escovação coletiva e a profilaxia. Identifica-se um enfoque em procedimentos que articulam dimensões preventivas e curativas.

As estratégias educativas envolveram momentos de informação tanto com os estudantes como os pais e responsáveis. Nestes momentos, os odontólogos utilizaram palestras educativas conjugadas a outras estratégias para darem maior dinamismo e envolvimento dos estudantes. Os recursos didáticos utilizados pela maioria dos entrevistados foram: a macro-escova para suporte às demonstrações de escovação dentária, e o macro-modelo para visualização da progressão da cárie. Observa-se uma coerência entre a busca por ações de prevenção da saúde, havendo uma transição para práticas coletivas.

Quando foram rastreados os espaços formativos, identificou-se o reconhecimento do aprender e formar como agentes mobilizadores das necessidades da prática profissional, assim como a importância formativa de experiências anteriores e da troca de experiência com colegas.

Observou-se um silêncio no que se refere a graduação como lócus para uma aprendizagem no campo da Saúde Bucal com escolares. Esta lacuna parece evidenciar ainda, uma dificuldade no ensino da Odontologia de romper com o modelo de atenção em Saúde Bucal centrado no indivíduo, sendo uma formação fundada em uma concepção ampliada prática distante da realidade nos cursos de Odontologia, segundo os participantes desta pesquisa.

As concepções de Saúde Bucal mostraram-se múltiplas e apresentaram núcleos de significados. Um primeiro núcleo situou a Saúde Bucal relacionada

com saúde geral, articulando perspectivas de saúde e educação que privilegiaram a cidadania, as relações entre sujeitos e a transformação social.

Um outro núcleo vincula a Saúde Bucal à promoção/prevenção, tendo sido relatados procedimentos individuais e coletivos no contexto da educação em saúde, no sentido de conscientizar as pessoas acerca da importância da promoção da saúde, através de ações educativas junto a comunidade. Observa-se, que o entendimento de prevenção e promoção da saúde, apresentaram ambigüidades e contradições, demandando uma maior discussão dos eixos conceituais que têm orientado as práticas em Saúde Bucal com os escolares.

Um terceiro núcleo de significado situa a concepção de Saúde Bucal como ausência de doenças pelos participantes do estudo. Observa-se que esta visão não abarca a complexidade do processo saúde/doença, fazendo com que as práticas profissionais sejam desvinculadas do contexto de vida das pessoas. Estas práticas acabam por responsabilizar aqueles que, na maioria das vezes, não dominam ou não têm acesso às informações de uma maneira que possam incorporar este conhecimento.

A concepção dos profissionais de que basta “educá-los” com informações tidas como pressupostos verdadeiros e fundamentais para a normatização dos comportamentos para posturas saudáveis, estão centrados numa educação verticalizada.

Enormes são as tendências das práticas educativas para os escolares, efetivadas baseando-se em levantamentos epidemiológicos, analisando a faixa etária e os condicionantes das condições de Saúde Bucal. Verificou-se, segundo os participantes da pesquisa, a necessidade de envolver escolares, família, professores, em uma direção de construção de uma rede de ações que sejam convergentes para a cultura de educação em saúde.

A saúde e a educação, são direitos do cidadão e, compreendidas como práticas sociais demandam lutas e orientações amplas que resultem em Políticas Públicas Saudáveis. Estas devem possibilitar que as pessoas identifiquem suas necessidades, utilizem os serviços de saúde, aprendam a organização coletiva, assumam posturas propositivas no sentido de manter, ampliar e construir vidas saudáveis.

A Saúde Bucal vem sendo amplamente discutida pelos profissionais da Odontologia e pelas entidades representativas em diversas atividades, buscando-se enfrentar os altos índices dos problemas bucais da população brasileira. Sobre

a importância dos processos educativos na superação desses problemas, parece não haver discordância. No entanto, quando começamos a refletir sobre qual é a educação que está sendo proposta, quais são as características, ou que práticas vêm sendo efetivamente desenvolvidas e quais as conseqüências dessa educação, parece não haver, ainda, uma total coerência entre o que se preconiza e efetivamente o que se faz.

As análises apresentadas neste estudo pretendem no curso de uma produção científica comprometida com a vida das pessoas, fomentarem novas investigações. Um ponto bastante instigante refere-se ao fato de que embora os participantes da pesquisa reconheçam a relevância das atividades de educação em saúde, com forte tendência à prevenção e à promoção em saúde com escolares, em seus discursos, apresentam, na prática diária, atividades educativas curativas centradas no individual. Desta forma, a distância entre a prática e o discurso, parece resultar em atividades pautados nos recursos e estratégias amplamente consagrados e sedimentados, sem espaço para atividades que tenham um cunho significativo para a comunidade como um todo.

Um outro foco abrange às lacunas na formação em Odontologia, tendo-se premência de discutir os currículos de graduação, assumindo uma dimensão coletiva pública e política como imbricada na dimensão técnica. Há necessidade de mudanças na maneira como a formação é enfocada nas universidades, desde a graduação até a pós-graduação. A recente implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais merece estudos de acompanhamento, buscando analisarem impactos e potencialidades na transformação da Educação Superior em Odontologia.

Explicita-se a necessidade da comunhão de esforços e práticas das universidades, sociedade, profissionais da área e esfera governamental, para que Políticas Públicas Saudáveis possam emergir dos pactos e das necessidades sociais, encontrando caminhos e possibilidades para avançarmos, superando a realidade de sermos “o país dos desdentados”. A Saúde Bucal com escolares tem um papel educativo estratégico na construção de uma cultura de saúde que saindo da ausência de doença, possa investir na valorização das pessoas como construtoras de interações com outros, com o mundo e consigo mesmo, em meio a condicionantes políticos, culturais e educacionais.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

² Referências formatadas de acordo com as normas “*Vancouver*”. (Rother, Rangel, 2001)

-
- Adair PM et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygienic and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health* 2004; 21(1 Suppl):102-11
- Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(1):131-38.
- Amerongen WEV. Dental caries under glass ionomer restorations. *Journal of Public Health Dentistry*, 1996; 5(3):150-54.
- Andia LJ. Estudo exploratório do conhecimento dos pais e/ou responsáveis, em saúde bucal, de escolares do ensino fundamental. [Monografia de Especialização]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2002.
- Aquilante AG, Almeida BS, Martin De Castro RF, Xavier CRG, Sales Peres SHC, Bastos Jr. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo*, 2003; 32(1):39-45.
- Axelsson P & Lindhe J. On the prevention of caries and periodontal disease: result of a 15 years longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol.*, 1991; 18(3):182-9.
- Baía KLR & Siqueira MDACC. Promoção da saúde bucal através de um programa educativo-preventivo-curativo utilizando a Técnica Restauradora Atraumática (ART). *Rev ABO Nac.* 2000; 8(2):98-107.
- Bandler R & Grinder J. *Sapos em Príncipes*. Editorial Summos, São Paulo, 1982
- Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):709-17.
- Basting RT & Serra MC. Educação e monitoramento freqüente. Acompanhando a fase eruptiva de dentes permanente posteriores e prevenindo cáries. *Rev ABO Nac*, 2000; 8(2):111-115.
- Batista NA & Batista SHB *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac, São Paulo, 2004.
- Batista NA & Batista SHSS, *Desenvolvimento Docente em Medicina: a prática como elemento estruturante*. In: NA Batista, SHSS Batista, YG Abdalla. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte e Ciência, 2005, p. 203-316.
- Batista NA & Silva SH. *O professor de Medicina*. São Paulo: Loyola. 2001.
- Bellini HT. *Ensaio sobre programas de saúde bucal*. ABOPREV, Biblioteca científica, 1991: 3(1):2-7.
-

Bijella MFTB, Bijella VT, Figueiredo MC. Avaliação de um programa odontológico, com bases educativa, preventiva e curativa, desenvolvido com pré-escolares durante 12 meses. *Cecade News*. 1995; 3(2):1-5.

Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. *Cecade News* 1993; 1(1/2): 25-28.

Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant nursing mothers-sociological implications. *Int Dent J* 1981; 31(1):14-22.

Bönecker M & Cleaton Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6-and 11-13-year-old children: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31:152-7.

Borges ESM & Toledo AO. Prevalência da cárie em crianças de 0-5 anos. Avaliação após 5 anos de um programa preventivo. *Rev ABO Nacional*. 1999; 7(5):298-303.

Botazzo C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. Instituto de Saúde (Série Tendências e Perspectivas em Saúde 1), 1994.

Brasil 2007. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo Escolar 2006. Disponível em: <http://www.ineo.gov.br/basica/censo/default>

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia; 2002. p.14.

Brasil. Ministério da Saúde, Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório final, Brasília, DF., 2004, 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes/MS/CNS. 2ª.ed.atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 74p.

Brustolin J, Brustolin J, Toassi RFC, Kuhnen M. Perfil do Acadêmico de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense-Lajes-SC, Brasil. *Revista da ABENO*. 2006; 6(1):70-6.

Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. EAP-APCD, Artes Médicas, São Paulo, 2000.

Bussadori SK. Motivação do paciente infantil na Clínica de Odontopediatria através do CD-ROOM. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 1999; 2(6):107-10.

[CFO] Dados sobre profissionais de odontologia inscritos no CFO. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/>.

Campos FE, Belisário AS. O Programa da Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface-Comunic Saúde Educ: 2001; 1(9):133-42.

Cardoso L, Rösing C, Kramer P, Costa CC, Costa Filho LC. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. Cad Saúde Pública, 2003; 19(1):237-243.

Chaves MM. Odontologia Social. 2ª edição Rio de Janeiro, Labor, 1997.

Chaves SCL & Vieira da Silva LM. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisa. Cad Saúde Pública, 2002; 18(1):129-139.

Conceição JAN. Saúde escolar: a criança, a vida e a escola. São Paulo: Sarvier. 1994.

Conrado CA, Maciel SM, Oliveira MR. A school-based oral health educational program: the experience of Maringá - PR, Brazil. J Appl Oral Sci, 2004; 12(1):27-33.

Cordioli OFG & Batista NA. A graduação em Odontologia na visão de egressos: propostas de mudanças. Revista da ABENO, 2007; 7(1):88-9.

Corona SAM, Garcia PPNS, Dinelli W. Effectiveness evaluation of an educative method applied on school children. J Dent Res. Chicago, 1998; 77(5):11-5.

Couto JL, Couto SR, Duarte CA. Motivação do paciente. Avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. RGO, 1992; 40(2):143-150.

Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. Rev. Saúde Pública, 2003; 37(2):247-53.

Dinelli W, Corona SAM, Dinelli TC, Garcia PPNS. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um programa de orientação sobre higiene bucal junto a pré-escolares. Stoma, 2000; 13(57):27-30.

Ditterich RG, Portero PP, Schmidt LM. A preocupação social nos currículos de Odontologia. Revista da ABENO, 2007; 7(1):58-62.

Farias MAV & Moura EPF. Saúde bucal no contexto do Programa da Família do Município de Iracema no Ceará. Revista de Odontologia da UNESP. 2003; 32(2):131-137.

- Fernandes Neto,AJ, Perri DE Carvalho AC, Kriger L, Morita MC, Toledo AO. In: A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004. organizadores: A E Haddad, C R Pierantoni, D Ristoff, I M Xavier, J G, L Bernardes da Silva (org), Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p. 381-409.
- Ferriane MGC, Cano MAT, Valle ERM, Ramos PM. Histórico da saúde do escolar: Visão global dos serviços de saúde escolar no país. Rev Brás Saúde Esc 1990; 1(3/4):21-27.
- Focesi E. Uma visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. Rev Brás Saúde Esc 1992; 2:19-21.
- Franchin V, Basting RT, Mussi AA, Florio FM. A importância do professor como agente multiplicador da Saúde Bucal. Revista da ABENO, 2006; 6(2):102-8.
- Franco ML. Análise do Contudo. Brasília, Plano Editora, 2003,72p.
- Frazão P. Ciências sociais e saúde bucal. In: Botazzo C, Freitas SFT. (org.) Tecnologias em saúde bucal coletiva. EDUSC - Editora UNESP, Bauru, São Paulo, 1998. p.166-167
- Freire MCM, Souza CS, Pereira HR. O perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Divulgação em Saúde para Debate, 1995; 10:15-20.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 15ª. ed., Paz e Terra, São Paulo, 2000.
- Freitas SFT & Nakayama MY. Um perfil do estudante de Odontologia no Estado de São Paulo. Divulgação em Saúde para Debate, 1995; 10:29-37.
- Freitas-Fernandes LB, Novaes Júnior AB, Feitosa ACR, Novaes AB. Effectiveness of Oral Program for Brazilian Orphans. Braz Dent J, 2002; 13(1):45-47.
- Frencken JE, Pilot T, Songpaisan Y, Phantumvanit P. Atraumatic Restorative Treatment (ART): rational, technique and development. Journal of Public Health Dentistry, 1996; 56(3):135-40.
- Friedman LA, Mackler IG, French CI.I. A comparison of perceived and actual dental needs of select group of children in Texas. Community Dent Oral Epidemiol,1976; 4:89-93.
- Galassi MAS, Barbin EL, Spano JCE, Jam de Melo AJ, Tortamano N, Perri de Carvalho AC. Atividades extramuros como estratégia viável no processo ensino-aprendizagem. Revista da ABENO, 2006; 6(1):66-9.
- Garbin CAS, Saliba NA, Moimaz SAS, Santos KT. O papel das universidades na formação de profissionais na área da saúde. Revista da ABENO, 2006; 6(1):6-10.
-

Garcia PPNS, Corona SAM, Valsecki Junior A. Educação e motivação: I- Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. Rev Odontol UNESP, São Paulo, 1998 (b); 27(2):393-403.

Garcia PPNS, Corona SAM, Valsecki Jr A. Educação e motivação: II Avaliação da efetividade de métodos educativos preventivos relativos à cárie dental e a doença periodontal. Rev Odontol UNESP, 1998 (a); 27(2):405-415.

Garib RC. Ação antimicrobiana de ionômero de vidro restauradores. Rev FOB, 1993;1(1/4):5.

Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Divulgação em Saúde para Debate, 1993; 41:50-57.

Gil AC. Como elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo. Atlas, 4^a. ed., 2002.

Gonçalves RMG. Experiência de um Programa Educativo-Preventivo. RGO,1992; 40:(2):97-100.

Gotjamanos T. Pulp response in primary teeth with deep residual caries treated with silver fluoride and glass ionomer cement (Atraumatic Technique). Australian Dental Journal,1996; 41(5): 328-34.

Graça N, Gama V, Tristão S. Disciplina de educação em Saúde na Odontologia, uma proposta curricular. Revista da ABENO 2002; 2(1):19-25.

Guedes-Pinto AC, Rizzatto CM, Calheiros OC, Kon S. Avaliação clínica das técnicas de escovação de Stilman e Fones, em crianças entre 7 e 11 anos de idade. Rev Assoc Paul Cir Dent, 1978; 32(5):394-39.

Gustafsson BG, Quesel CE, Sivenlander LL, Lundquist C, Granen H, Bonow BE, Brasse B. The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. Acta Odontol Scand, 1954; 11:232-364.

Guterman N. O cirurgião-dentista como educador em saúde bucal: exploração em torno de uma prática. Revista da ABENO, 2005; 5(2):115-24.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por amostragem domiciliar* – 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 15/04/07.

Junqueira JC, Colombo CED, Tavares PG, Rocha RF, Carvalho YR, Rodrigues JR. Quem é e o que pensa o graduando de Odontologia. Rev Odontol UNESP, 2002; 31(2):269-84.

Junqueira SR. Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP, 2005. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.

-
- Lang P & Woolfolk MW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J. Public Health Dent. (Richmond)*, 1989; 49(1):44-50, Winter.
- Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de Saúde - a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 1^a. ed., 2004.
- Lombardo I. Reflexões sobre o planejamento do Ensino de Odontologia. *Revista da ABENO*. 2001; 1(1):17-14.
- Loureiro RMY, Dias MC, Moimaz SAS, Arcieri RM. Profissionais de Saúde Bucal e seu papel educacional. *Revista da ABENO*, 2002; 2(1):19-25.
- Lüdke M, André MEDA *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*, São Paulo: EPU, 2003. (104p)
- Luna S.V. *Planejamento de Pesquisa, uma introdução*. São Paulo: EDUC, 2003.
- Marconi M de A & Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Atlas; 2003; 282p.
- Martinez AG, Carrera JS, de Escabajal H. Educación para la salud en el medio escolar. In: *A Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. ARÁN ediciones. Madrid, 2000, p.111-126.
- Martins CC, Torres CS, Martins LHPM, AUAD SM, Paiva SM. Impacto da manutenção preventiva na experiência da cárie dentária em crianças de 12 anos de idade. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*; 2002; 5(26):302-8.
- Mastrantonio SDS & Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2002; 5(25):215-222.
- Milori AS, Nordi PP, Ventuan V, Carvalho J. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. *Ver Odontol UNESP*, 1994; 23(2):325-31.
- Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8^aed. São Paulo, Editora Hucitec, Abrasco, 2004, 269p.
- Moreira MA. Aprendizagem significativa crítica. Atas - III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa. Lisboa (Peniche), 11 a 15 de setembro de 2000, p. 33-45.
- Morita MC & Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e interação com o SUS. *Revista da ABENO*, 2004; 4(1):17-21.
- Moysés ST & Watt R. Promoção de saúde bucal e definições. In: Buischi Y (org). *Promoção de saúde bucal na Clínica odontológica*. São Paulo, Artes Médicas, 2000, 336p.
-

- Murray JJ. O uso correto de fluoretos na saúde pública. Organização Mundial de Saúde; Editora Santos; São Paulo, 1992.
- Nadanovsky P. O Declínio da Cárie. In: Pinto V.G (org.) Saúde Bucal Coletiva, 4ª.edição, São Paulo: Livraria Santos Editora , 2000. p.341-351.
- Narvai PC, Biazevic MG, Junqueira SR, Pontes ERCJ. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. Rev. Bras Epidemiol 2001; 4(2):72-79.
- Narvai PC, Frazão P, Roncalli GA, Antunes JI. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica, 2006; 19(6):1-16
- Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. Texto escrito para subsidiar a Oficina “Saúde Bucal no SUS”, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 1996.
- Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec. 1994
- Narvai PC. Recursos Humanos para Promoção de Saúde Bucal: um olhar no início do séc. XXI. ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal , 2003, p.475-495.
- Navarro RS, Esteves GV, Youssef MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. Rev Odontol Univ São Paulo, 1996; 10(2):153-157.
- Newbrun E. Cariology. Livraria e Editora Santos, 1998.
- Oliveira JL, Pereira AA, Saliba NA, Sundefeld MLM. Programa de Educação em Saúde da Disciplina de Saúde Coletiva da FO - Campos. Revista da ABENO, 2002; 2(1):19-25.
- Oppermann RV. A cárie como processo saúde-doença. In: Kramer PF, Feldens CA, Romano AR.(org). Promoção de saúde bucal em odontopediatria. Artes Médicas, 2000. p. 2-11.
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS – Ministério da Saúde – Brasil. Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília-DF, 2006, 70p. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Sala5545.pdf>
- Paula LM & Bezerra ACB. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. Revista da ABENO, 2003; 3(1):7-14.
- Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(1):121-130.
-

-
- Pelicioni MCF & Torres AL. A escola promotora de saúde. São Paulo: FSP/USP, 1999 (série monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública; Eixo Promoção de Saúde, 12).
- Pereira MBB & Freire MCM. An infant oral health programme in Goiânia -Go, Brazil: results after 3 years of establishment. *Braz Oral Res* 2004; 18(1):12-17.
- Perri de Carvalho AC. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. *Revista da ABENO*, 2004; 4(1):7-13.
- Petry CP & Pretto SM. Educação e motivação em Saúde Bucal. In: Kriger L (org). *ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal*,: Artes Médicas, São Paulo, 2003, p. 371-86.
- Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, FrenckenJ. Atraumatic Restorative Treatment (ART): A three-year community field trial in Thailand-survival of one-surface restoration in the permanent dentition. *Journal of Public Health Dentistry*, 1996; 56(3):141-45.
- Pinto VG. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: *ABOPREV*, Kriger L (coord.), *Promoção de Saúde Bucal*, 3ª edição, Artes Médicas, 2003. p. 25-42.
- Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. Ed. Santos. São Paulo, 1993.
- Pinto VG. Açúcares - suas relações epidemiológicas e econômicas com a cárie dental. In: Pinto, VG. *Saúde bucal coletiva*, 4ª edição, São Paulo, Editora Santos, 2000. p. 403-427.
- Pinto VG. Identificação de problemas. In: Pinto V.G. *Saúde bucal coletiva*, 3ª edição, São Paulo: Editora Santos, 1992, p.139-222.
- Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev Saúde Publ.* 1989; 23(6):509-14.
- Pomarico L, Ramos AR, Sousa I, Tura LFR, Magnini M. Higiene bucal no ambiente escolar. Avaliação de professores. *Jornal Brasileiro de Odontoped e Odontol Bebê*.2000; 3(14):295-299.
- Queluz DP & Pulhez DA. Avaliação de um programa educativo preventivo para crianças em Piracicaba-SP. *UFES Rev Odontol*, 2003; 5(3):30-8.
- Queluz DP. Conhecimento do flúor na prevenção de cárie dentária em escolares. *RGO*, 1995; 43(3):167-170.
- Rayner JA. A dental health education programme, including home visits, for nursery school children. *Br Dent J*, London,1992; 172(2):57-62.
- Rocha DG. Análise do componente educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1997.
-

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):105-11.

Ruiz-Moreno L, Romana MA, Batista SH, Martins MA. *Jornal Vivo: Relatos de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde*. *Interface Comunic Saúde Educ*, 2005; 9(16):195-204.

Saito SK. et al. Efeitos da prática da alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev Odontol Univer São Paulo*, 1999; 13(1):5-11.

Santos Miele GM, Bussadori SK, Imperato JCP, Guedes-Pinto AC. Música e motivação em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2000; 3(15):414-423.

Santos PA, Rodrigues JÁ, Garcia PPNS. A avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre Saúde Bucal. *Rev Odontol UNESP, São Paulo*, 2002; 31(2):205-214.

Sheiham A & Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: YP Buischi (org). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo, Artes Médicas-APCD; 2000.

Tavares MJ, Vianna R, Tura, LFR. O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. *Rev Odontol UFES*, 2001; 3(1):16-22.

Toassi RFC & Petry PC. Motivação do controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5):634-7.

Tomita NE, Oliveira ABE, Panighel CPMA, Kiatake LY, Gonzaga LHS, Monteiro PA, Freitas SMZ. Projeto Paiva: modelo integrado de assistência em saúde. *Rev Fac Odontol Bauru*. 1994; 2(2):51-8.

Torres da Silva AI. A Saúde Bucal Coletiva sob a ótica de professores da rede estadual de ensino de São Paulo. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. Área de concentração: Serviços de Saúde, São Paulo, 2002.

Turssi CP et al. Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolares da zona rural. *Rev ABOPREV* 1998; 1:16-21.

Vianna RBC. A utilização do fio dental e suas expectativas como auxiliar na promoção de saúde oral. Tese de Doutorado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1996.

Weyne SC. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde - Um desafio para as novas gerações. In: Kriger L (coord.). *ABOPREV Promoção de Saúde Bucal*. 3ª edição, São Paulo, Artes Médicas, 2003. p. 1-23.

WHO (World Health Organization) Ottawa Charter on Health Promotion. World Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, 1986

Zabalza MA. O ensino universitário: seus cenários e seus protagonistas. Porto Alegre, Artmed, 2003.

ANEXO I – Carta de solicitação para realização da pesquisa para Coordenadoria da Saúde Bucal/ PSF

São Paulo, 4 de Maio de 2005

Ao Coordenador do Programa de Saúde da Família / Saúde Bucal

Eu, Lúcia Ayako Matsumura, venho requerer de V.Sa autorização para contatar os profissionais odontólogos que atuam em sua Instituição como sujeitos da pesquisa, nível Mestrado do Programa Ensino em Ciências da Saúde - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CEDESS/UNIFESP) intitulada “A Saúde Bucal nas Escolas Públicas: um estudo a partir da ótica dos odontólogos”, sob orientação da Professora Doutora Sylvia Helena Souza da Silva Batista.

A referida pesquisa tem como objetivo geral analisar concepções e práticas de Saúde Bucal em ambientes escolares a partir da ótica dos odontólogos que atuam com escolares. Como objetivos específicos foram delineados: mapear concepções, caracterizar as práticas educacionais, identificar e discutir avanços, possibilidades e limites que os odontólogos reconhecem em sua prática em ambientes escolares.

A partir de um referencial teórico fundamentado na história da odontologia, nas concepções de saúde bucal e na descrição analítica de estudos e experiências desenvolvidos nos espaços escolares, definiu-se uma metodologia envolvendo aplicação de questionário e realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais odontólogos que atuem no contexto do Programa de Saúde da Família, na Cidade de São Paulo, e que tenham atividades no âmbito as Saúde Bucal nas escolas.

Trata-se de um estudo com ênfase qualitativa, não tendo qualquer conotação comparativa ou avaliativa. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e somente iniciar-se-á a investigação após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Caso concorde e autorize o contato com os odontólogos de sua instituição, gostaria de solicitar sua anuência, a qual é condição essencial para o encaminhamento dos trâmites éticos no referido Comitê.

Conto com a sua atenção, e, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Escola Paulistinha de Educação, Rua Varpa nº 54 Vila Clementino Fone: 5576.4411/9759.6167

Atenciosamente,

Lúcia Ayako Matsumura
CRO/SP: 18602

De acordo _____ data _____

Coordenadora de Saúde Bucal

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 29 de julho de 2005.
CEP 0822/05

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) LÚCIA AYAKO MATSUMURA
Co-Investigadores: Sylvia Helena S Batista (orientador)
Disciplina/Departamento: CEDESS da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: "A saúde bucal nas escolas públicas: uma estudo a partir da ótica dos odontólogos".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - questionário/entrevista.

RISCO ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Analisar concepções e práticas de odontólogos que atuam no Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo, e que tenham atividades em ambientes escolares..

RESUMO: O estudo pretende mapear concepções, caracterizar as práticas educacionais, identificar e discutir avanços, possibilidades e limites que os odontólogos reconhecem em sua prática em ambientes escolares.A pesquisa será desenvolvida nos serviços de saúde bucal do Programa de Saúde da Família. Participarão do estudo, 43 odontólogos que atuam no PSF da Fundação Santa Marcelina e Fundação Zerbini, localizadas na cidade de São Paulo. Será aplicado questionário e realizada entrevista semi-estruturada, sendo esta gravada e transcrita..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Pesquisa com odontólogos que atuam na prática da saúde bucal em ambientes escolares.

MATERIAL E MÉTODO: Apresenta os instrumentos a serem utilizados na pesquisa, bem como carta de concordância da coordenadora da Saúde Bucal do Município de São Paulo.

TCLE: Adequado, de acordo com a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 410,00.

CRONOGRAMA: 20 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 24/7/2006 e 19/7/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente projeto intitula-se “A Saúde Bucal nas Escolas Públicas: um estudo a partir da ótica dos Odontólogos” sob a orientação da Prof^ª. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista.

As presentes informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo geral analisar concepções e práticas de saúde bucal em ambientes escolares a partir da ótica dos odontólogos que atuam com escolares.

A partir do referencial teórico fundamentado na história da Odontologia, nas concepções de saúde bucal e na descrição analítica de estudos e experiências desenvolvidos em espaços escolares, definiu-se por uma metodologia envolvendo aplicação de questionário e realização de entrevistas semi-estruturadas com os odontólogos que tenham atividades no âmbito da saúde bucal com escolares.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A principal investigadora é a Dra. Lúcia A. Matsumura que poderá ser encontrada a Rua Varpa, 54, vila Clementino, Fone: 5055.2687 ou 9759.6167 ou pelo e-mail: lucia.matsumura@terra.com.br

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sito à Rua Botucatu, 572 – 1º andar, cj. 14 ou através dos tel: 5571.1062, ou fax: 5539-7162. E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu trabalho na Instituição.

Os participantes têm os seguintes direitos:

Direito de Confiabilidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Em relação às despesas e compensações: não há despesas pessoais para os participantes da pesquisa em qualquer fase do estudo, incluindo o questionário e a entrevista. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Existe o compromisso do material coletado ser utilizado somente para esta pesquisa.

Eu discuti com a Dra. Lúcia A. Matsumura sobre minha decisão em participar deste estudo e ficaram claros para mim quais são os propósitos de mesmo, os procedimentos que serão realizados, sem desconfortos ou riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de custos e que não existe remuneração pela participação. Acredito ter sido suficientemente informado e esclarecido descrevendo a pesquisa “A Saúde Bucal nas Escolas Públicas: um estudo a partir da ótica dos odontólogos”.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ data: ____/____/____
assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste participante neste estudo.

_____ data: ____/____/____
assinatura do responsável pelo estudo

Carta de Agradecimento

Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS
Programa de Mestrado em Educação e Ensino em Ciências da Saúde

Prezado (a) colega:

Inicialmente gostaria de agradecer imensamente sua gentileza por concordar em participar desta pesquisa “A Saúde Bucal nas Escolas Públicas: um estudo a partir da ótica dos odontólogos” respondendo a este questionário que contemplará questões abertas e de múltiplas escolha, com o objetivo de recolher informações sobre sua prática cotidiana ou pontual com escolares.

Nesta etapa da pesquisa estaremos aplicando questionários a todos os odontólogos que concordaram em participar e que tenham vínculo com escolares, cuja participação é voluntária.

Para garantir o rigor do processo de coleta de dados é imprescindível que todas as perguntas sejam respondidas, portanto sua cooperação é muito importante.

Qualquer dúvida, estará presente e a disposição para eventuais esclarecimentos.

Muito obrigada!

Lúcia A. Matsumura

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO**I- Dados de identificação:**

Nome: _____

Idade: _____ sexo F () M ()

e-mail: _____

Telefones: Com. _____ Cel. _____

II- Formação

Graduação: _____ ano: _____

Instituição: _____

Graduação: _____ ano: _____

Instituição: _____

Especialização: _____ ano: _____

Titulação acadêmica:

Especialização () Mestre () Doutor () Pós Doutor ()

Você tem participado de atividades de formação/capacitação profissional para desenvolver atividades com escolares?

III- Atividade ProfissionalVinculação: Concursado prefeitura ()
Concursado estado ()
Contratado CLT ()

Natureza do vínculo empregatício:

Horista ()
Parcial 20 horas/sem. ()
Integral 40 horas/sem. ()
Tempo integral com dedicação exclusiva ()

Área de atuação profissional:

A) _____
B) _____
C) _____

Exerce alguma atividade administrativa?

Sim () Não ()

Caso afirmativo, qual?

Há quanto tempo trabalha vinculado ao PS? _____

Quantos profissionais compõem sua equipe? _____ Quais? _____

IV- Atividade de Saúde Bucal com os Escolares:

1- Saúde Bucal é:

2- Os quadros a seguir destacam algumas atividades bucais, estratégias e recursos didáticos que podem ser utilizados com maior ou menor frequência em atividades práticas ou teóricas. Destaque como você as utiliza seguindo a escala de intensidade:

ATIVIDADES BUCAIS	Nunca uso	Uso poucas vezes	Uso às vezes	Uso quase sempre	Sempre uso
Exame clínico/ anamnese					
Levantamento epidemiológico					
Índice CPOD/ceos					
Sangramento gengival					
Escovação individual					
Escovação coletiva					
Uso de fio dental					
Profilaxia					
Aplicação tópica de flúor/moldeira					
Bochechos fluoretados – liq./comprimidos					
Evidenciação do biofilme dental					
Remoção do biofilme dental					
Controle do biofilme dental					
Controle da dieta					
Aplicação de verniz com flúor					
Selante oclusal					
Ações curativas					

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS	Nunca uso	Uso poucas vezes	Uso às vezes	Uso quase sempre	Sempre uso
Palestras educativas/alunos					
Palestras educativas/ pais					
Projetos					
Demonstração					
Dramatização e jogos					
Pesquisas					

RECURSOS DIDÁTICOS	Nunca uso	Uso poucas vezes	Uso às vezes	Uso quase sempre	Sempre uso
Álbum seriado					
Macro modelos/macro escovas					
Atividades com papel, lápis de cor, pincel, etc					
Retro projeção					
Recursos áudio-visual					
Músicas					
Lousa					

ANEXO V – Roteiro de entrevista semi-estruturada

- 1- Conte um pouco sobre sua trajetória de Saúde Bucal com escolares.

 - 2- Descreva a dinâmica que você vivencia para desenvolver as atividades com os escolares (planejamento, relação com a equipe, seleção de conteúdos, estratégias de ensino - aprendizagem , práticas educativas, avaliação).

 - 3- Concepções de Saúde Bucal: que palavras você associa?

 - 4- Fale sobre promoção de Saúde Bucal nas escolas: é possível? Que limites apresentam
-

ANEXO VI – Perfil 1

Profissional	Conclusão	Público/ Privado	Sexo	Idade	Vínculo	Regime de trabalho	Vínculo com PSF	Capacitação	Equipe	Atuação	Pós-graduação
P1	2002	Público	F	29	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim PMSP	1 CD	CD/ pacientes necessidades especiais	
P2	1994	Privado	M	36	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim/ bimestral- mente	1CD	CD/ Clínica geral	Saúde Coletiva
P3	1995	Público	M	37	CLT	Integral 40h	Sim	Sim	27 CD 6 ACD 1 THD	Supervisão de saúde Bucal/reabilit.	
P4	1997	Público	F	30	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Sim	Não	3 CD	CD/ Clínica geral	Saúde Pública 1988
P5	1981	Privado	F	45	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1CD 1 ACD	CD/ Clínica geral	
P6	2002	Público	F	26	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim	1 CD	CD/ Clínica geral	
P7	1999	Privado	M	30	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Sim	Sim	1 CD 1 ACD	CD/ Clínica geral e periodontia	
P8	1987	Privado	M	42	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim PMSP	1 CD	CD/ Clínica geral	
P9	1999	Público	F	31	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD	CD/ Odontologia	

P10	1999	Público	M	28	CLT	Integral 40h	Sim	Sim reuniões mensais	1 CD 2 auxiliar	CD/ Clínica geral	
P11	1992	Privado	F	36	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Sim	Sim PMSP e CEO	1 CD	CD/ Clínica geral/ ortodontia	
P12	1995	Público	F	33	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim PMSP	2 CD	CD/ Clínica geral	
P13	2003	Público	F	26	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim PMSP	1 CD	CD/ Clínica geral/ Saúde Coletiva	Endodontia 2006 ABENO
P14	2003	Público	F	24	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim	3 CD	CD/ PSF/ escolas	
P15	1990	Privado	M	40	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Sim	Sim	3 CD	CD/ Clínica geral/UBS/ UBSF	
P16	1992	Público	F	35	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim	1 CD	CD/ Clínica geral/Saúde Coletiva	Saúde Coletiva 2001
P17	2003	Privado	F	24	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim reuniões	3 CD	CD/ PSF/ escolas	
P18	1984	Privado	F	43	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim reuniões	1 CD 1 ACD	CD/ Atenção básica	Saúde Pública/ 1994 Direito/2000

ANEXO VI – Perfil 2

Profissional	Conclusão	Público/ Privado	Sexo	Idade	Vínculo	Regime de trabalho	Vínculo com PSF	Capacitação	Equipe	Atuação	Pós-graduação
P19	1989	Público	M	39	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD 1 ACD	Pediatria	Buco-maxilo 2006
P20	1988	Privado	F	39	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1CD	CD/EMEI Consultório Particular	
P21	1987	Público	M	40	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD	CD/ Clínica geral Saúde pública	
P22	1989	Público	M	40	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim palestras	31CD	CD/ Clínica geral/escola	
P23	1993	Público	F	35	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1CD 1 ACD	CD/ EMEI Clínica geral Consultório Transportável	
P24	1987	Privado	F	40	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD 1 ACD	CD/ Clínica geral EMEU	
P25	1988	Privado	F	41	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim Palestras com colegas	1 CD	CD/ EMEI Clínica geral	Periodontia 1994
P26	1993	Privado	F	35	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim palestras	1 CD	CD/ Clínica geral Pediatria	
P27	1975	Privado	F	54	CLT	Parcial 20h	Não	Sim palestras	1 CD	CD/ pediatria	

P28	1990	Privado	F	37	CLT	Parcial 20h	Não	Sim Treinamento para ACD	1 CD	CD/ Clínica geral Vigilância sanitária	Mestre Saúde pública 1995
P29	1995	Público	F	33	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD	CD/ Clínica geral Consultório particular	
P30	1984	Privado	F	47	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD	CD/ Clínica geral pediatria	
P31	1987	Público	F	42	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Não	1 CD	CD/ Clínica geral EMEF	
P32	1999	Privado	F	31	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim prefeitura	1 CD 1ACD	CD/ Clínica geral Odonto pediatria	
P33	1990	Privado	F	39	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim UNIFESP	1CD	CD/ EMEI/ EMEFE Clínica geral	
P34	1992	Público	F	58	CLT	Parcial 20h	Não	Sim	1 CD	CD/EMEI Clínica geral	
P35	2003	Privado	F	40	Concursado prefeitura	Parcial 20h	Não	Sim	1 CD	CD/ EMEI CLÍNICA gERAL	Saúde pública 2002

ANEXO VII – Perfil concepções de saúde bucal

Promoção/Prevenção	Componente da saúde geral	Saúde bucal com ausência de quadro patológico	Dimensão individual
É o controle das doenças bucais: cárie, periodontite entre outras, através de procedimentos educativos e curativos. (P1)	É um componente da saúde geral, portanto, saúde bucal também é o completo bem estar físico, mental e social. (P3)	Integridade dos tecidos moles e duros. (P5)	Cuidar da boca para ter um sorriso saudável.(P4)
Orientações, ações educativas, tratamento e planejamento. Higiene oral, palestras, triagem e atendimento.(P2)	Conhecer todos os mecanismos que protegem o indivíduo das doenças bucais através de educação em saúde, ações curativas e monitoramento dos serviços prestados. (P10)	Ações preventivas, curativas, promoção de saúde a fim de manter condição saudável da cavidade oral e dos anexos, etc, etc, etc. “não somente o estado livre de doenças e moléstias” (P8)	Planejamento, prevenção, atuação curativa, nesta ordem. (P19)
Trabalhar para prevenir a progressão das doenças bucais.(P6)	Essencial e parte da qualidade de vida de um escolar. Se bem trabalhada com o escolar ajuda em todos os âmbitos da vida desta criança. Ex: saúde geral, auto-estima, etc. (P11)	Uma boca com ausência de lesões ou qualquer danos de origem externa. Que cumpra adequadamente os papéis para os quais é solicitada: funcionalmente, esteticamente, etc. (P12)	Consciência da preservação dos dentes e tecidos de sustentação com higiene oral adequada e manutenção adequada. (P22)
Oferecer orientação e supervisão de higiene bucal, hábitos e comportamentos, além de ações preventivas para minimizar a necessidade de ações curativas (P7)	Saúde de todas as estruturas da boca. associado a boa alimentação, higiene, resultando em boa saúde geral. (P13)	Ausência de doença periodontal, cárie, oclusão, consciência de saúde (educação). (P20)	A auto- estima e a alegria de poder sorrir. Conscientização da higienização. (P32)
Interagir com a comunidade escolar, adequar as nossas condições às deles para melhor promoção de saúde bucal. (P15)	Qualidade de vida. (P16)	Manter dentes e tecidos moles rígidos com controle dos agentes etiológicos da cárie, e outras doenças integradas ao conhecimento destes agentes para promover as ações profiláticas. (P21)	Satisfação com a aparência ao sorrir, conscientização de uma boa higiene (escovação) e também da relação entre alimentação/horário de alimentação X escovação. (P33)
Conscientizar a população para a correta higienização e cuidados com a saúde bucal, de uma forma simples, de fácil acesso e entendimento. (P23)	Bem estar físico, mental e social do indivíduo com sua cavidade oral. (P14)	Ausência de afecções bucais (doença periodontal, gengivite, cáries, etc), e consciência da preservação dos dentes e tecidos de sustentação com higiene oral adequada e manutenção adequada. (P22)	

Promoção/Prevenção	Componente da saúde geral	Saúde bucal com ausência de quadro patológico	Dimensão individual
Avaliação do risco de cárie, da oclusão, educação em saúde para os pais, alunos e professores, aplicação tópica de flúor em alunos isentos de cárie, encaminhamento para tratamento. (P34)	Importante para o físico e psicológico do ser vivo. Os escolares precisam de maior incentivo preventivo dos pais. A família necessita cuidados especiais para melhor formação dos filhos. (P25)	Bem estar físico, dentes saudáveis, gengivas, tecidos, ausência de dor. (P27)	
Avaliação do risco de cárie, educação em saúde para pais e professores. Aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada e encaminhamento. (P35)	Porta de entrada para outras doenças, por isso a conscientização de vê ser prioridade. (P32)	É o completo bem estar físico, mental e social, relacionado a cavidade bucal. (P28)	
Os escolares precisam de maior incentivo preventivo dos pais. A família necessita cuidados especiais para melhor formação dos filhos. (P25)	Tudo que proporciona uma boa qualidade de vida. (P18)	Condições satisfatórias para o uso da boca e anexos, na mastigação, fala, estética. (P24)	
Planejamento, prevenção, atuação e curativo (nesta ordem). (P19)	Bem estar físico e mental. A Saúde bucal engloba uma série de fatores protegendo de outras doenças.(P32)	É um conjunto de situações tais como: dentes saudáveis, ter a boca em bom estado, boa mastigação, alinhamento dos dentes e de forma que possibilite um aspecto harmônico. (P26)	
Promover nas crianças e nos pais, uma conscientização sobre saúde bucal e alimentação adequada para melhor desenvolvimento da saúde geral. (P30)		Haver um equilíbrio saudável na cavidade oral, com dentes sem cárie (restaurados ou não), gengivas sadias sem sangramento, sem outros problemas. (P31)	
		Ausência de dor e satisfação com a aparência ao sorrir. (P33)	
		Ausência de focos infecciosos. (P29)	

ANEXO VIII – Quadro síntese: atividades bucais

1- ATIVIDADES BUCAIS	nunca uso	uso poucas vezes	uso às vezes	uso quase sempre	sempre uso
exame clínico/anamnese				P4, P15, P30	P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P31, P32, P33, P34, P35
levantamento epidemiológico	P34	P1, P7, P8	P6, P13, P15, P18, P26, P27, P33	P16, P22, P32	P2, P3, P4, P5, P9, P10, P11, P12, P14, P17, P19, P20, P21, P23, P24, P25, P28, P35
índice CPOD/ceos	P7, P23, P24	P5, P6, P13, P14, P17	P2, P10, P15, P16, P19, P26, P27, P29, P31, P32, P33	P1, P8, P12, P22	P3, P4, P9, P11, P18, P20, P21, P25, P28, P34, P35
sangramento gengival	P30	P2, P7, P11, P16, P23	P9, P13, P14, P19, P33	P1, P4, P5, P6, P12, P15, P17, P22	P3, P8, P9, P10, P18, P20, P21, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P31, P32, P34, P35
escovação individual		P4	P9, P13, P16, P34, P35	P1, P7, P14, P15, P18, P19, P20, P22, P23, P30, P33	P2, P3, P5, P6, P8, P10, P11, P12, P17, P21, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P31, P32
escovação coletiva	P27		P6, P13, P21, P33	P2, P4, P7, P8, P9, P15, P22, P30	P1, P3, P5, P10, P11, P12, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P23, P24, P25, P26, P28, P29, P31, P32, P34, P35
uso de fio dental	P30	P15, P16	P3, P7, P9, P19, P33	P1, P4, P10, P11, P13, P20, P28	P2, P5, P6, P8, P12, P14, P17, P18, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P29, P31, P32, P34, P35
profilaxia	P4, P7, P18	P1, P9, P15, P33	P28	P5, P13, P14, P20, P30	P2, P3, P6, P8, P10, P11, P12, P16, P17, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P29, P31, P32, P34, P35
aplicação tópica de flúor/moldeira	P3, P15, P18, P21, P23, P30	P5, P6, P9, P12,	P1, P13, P17, P28	P4, P7, P16, P33	P2, P8, P10, P11, P14, P19, P22, P24, P25, P26, P27, P29, P31, P32, P34, P35

bochechos fluoretados liq/comp	P1, P3, P4, P5, P6, P7, P10, P11, P12, P14, P16, P17, P18, P21, P23, P24, P28, P34, P35	P2, P8, P9, P22, P26	P13, P19	P15	P20, P27, P29, P30, P31, P32, P33
evidenciação do biofilme dental	P9, P20, P26, P27, P29, P31	P7, P12, P13, P28	P1, P2, P6, P11, P15, P18, P19, P21, P23, P25, P32, P34, P35	P4, P14, P16, P22, P30	P3, P5, P8, P10, P17, P24, P33
remoção do biofilme dental	P4	P12, P15, P29, P31	P21, P23, P25, P28, P33, P34, P35	P1, P6, P7, P9, P13, P16, P17, P18, P19, P20, P22, P30	P2, P3, P5, P8, P10, P11, P14, P24, P26, P27, P32
controle do biofilme dental	P30	P4, P23, P25, P29, P31	P7, P9, P11, P13, P15, P19, P21, P33, P34, P35	P1, P6, P16, P17, P18, P22, P28	P2, P3, P5, P8, P10, P12, P14, P20, P24, P26, P27, P32
controle da dieta	P1, P22, P30	P7, P9, P11, P14, P18	P2, P17, P19, P25, P28, P32	P4, P5, P8, P10, P15, P16, P20, P23, P31, P33	P3, P6, P12, P21, P24, P26, P27, P29, P34, P35
aplicação de verniz com flúor	P12, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P28, P30, P31, P32, P33, P34, P35	P4, P7, P11, P15	P1, P2, P6, P9, P13, P14,	P8, P10, P16, P24, P29	P3, P5, P17
selante oclusal	P1, P4, P10, P12, P14, P16, P18, P27, P29, P30, P34, P35	P2, P3, P6, P9, P13, P23, P28	P5, P21, P22, P25, P31, P33	P7, P11, P15, P19, P24, P32	P8, P17, P20, P26
ações curativas	P27, P34, P35		P7	P1, P4, P6, P8, P9, P13, P15, P28, P31	P2, P3, P5, P10, P11, P12, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P29, P30, P32, P33
outros	P9, P15				

P13- não respondeu controle de dieta

P20- não respondeu aplicação tópica de flúor

P25- não respondeu bochechos fluoretados

P29- não respondeu levantamento epidemiológico

P30- não respondeu levantamento epidemiológico e índice CPOD

P31- não respondeu levantamento epidemiológico

ANEXO IX - Quadro síntese: estratégias educativas

2- ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS	nunca uso	uso poucas vezes	uso às vezes	uso quase sempre	sempre uso
palestras educativas/ alunos	P27	P3	P1, P21	P8, P9, P19, P22, P33	P2, P4, P5, P6, P7, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P20, P23, P24, P25, P26, P28, P29, P30, P31, P32, P34, P35
palestras educativas/ pais	P27, P33	P3, P8, P13, P26	P1, P15, P21, P24, P30	P2, P4, P9, P10, P19, P22, P28, P29, P31	P5, P6, P7, P11, P12, P14, P16, P17, P18, P20, P23, P25, P32, P34, P35
projetos	P7, P12, P14, P17, P22, P30	P5, P9, P13, P21, P25, P26, P29, P31, P32	P4, P6, P8, P10, P11, P19, P23, P24, P34, P35	P2, P15, P28	P3, P16, P18
demonstração	P12, P22, P30	P7, P32	P4, P9, P21, P23, P33	P1, P2, P8, P15, P17, P19, P28	P3, P5, P6, P10, P11, P13, P14, P16, P18, P24, P25, P26, P27, P29, P31, P34, P35
dramatização/ jogos	P2, P7, P12, P13, P18, P21, P22, P25, P27, P29, P30, P31, P32	P1, P6, P8, P9, P14, P17, P19, P26, P28, P35	P4, P5, P10, P11, P23, P33		P3, P16, P24
pesquisas	P1, P12, P18, P22, P23, P25, P26, P27, P30	P2, P3, P5, P9, P11, P14, P17, P19, P21, P28, P29	P4, P7, P8, P10, P13, P15, P16, P24, P31, P32, P33, P35	P6, P15	
outros	P15, P30		P21		

P1- não respondeu projetos

P20 - não respondeu -projetos

-demonstração

-dramatização

-pesquisa

P27- anulada projetos (duas respostas)

P33 - não respondeu projetos

P34- não respondeu dramatização e pesquisa

ANEXO X – Quadro síntese: recursos didáticos

3-RECURSOS DIDÁTICOS	nunca uso	uso poucas vezes	uso às vezes	uso quase sempre	sempre uso
álbum seriado	P5 ,P7, P9, P11, P14, P17, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P29, P30, P31	P8, P10, P13, P15, P19, P28, P32, P35	P2, P12, P18, P33	P1, P3	P4, P6, P16, P24
macro modelo/escova	P22	P15	P7, P25, P33	P1, P9, P19, P21, P23, P24, P28, P30, P32, P34	P2, P3, P4, P5, P6, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P26, P27, P29, P31, P35
atividades lúdicas	P2, P12, P14, P17, P18, P21, P25, P27, P29, P31	P7, P15, P22, P30	P1, P8, P9, P10, P13, P19, P23, P32, P33	P3, P6, P11, P24, P35	P4, P5, P16, P26, P28
retro- projetor	P2, P7, P12, P13, P14, P17, P18, P21, P22, P23, P24, P27, P29, P30, P31	P8, P30	P1, P4, P10, P11, P16, P19, P25, P28, P32	P3, P5, P6, P15, P33	P9, P26, P35
áudio-visual	P2, P12, P14, P17, P22, P23, P27, P29, P32	P8	P1, P9, P10, P18, P19, P21, P25, P33	P4, P6, P13, P15, P28, P30	P3, P5, P7, P11, P16, P24, P26, P31, P35
música	P2, P7, P11, P12, P14, P17, P18, P21, P22, P23, P24, P26, P27, P29, P31, P32, P33	P8, P9, P10, P15, P19, P30	P1, P3, P4, P6, P16, P25, P35	P13, P28	P5
lousa	P1, P2, P3, P4, P8, P11, P13, P14, P17, P18, P21, P23, P24, P25, P27, P29, P31, P35	P6, P7, P9, P15, P16, P22, P26, P30, P33		P19, P28, P32	P5, P10, P12
outros	P9, P15, P21, P29				P24, P25

P20- não respondeu toda tabela

P34- não respondeu -álbum

-atividades lúdicas

-música

-áudio visual

-lousa

ANEXO XI - Concepções de saúde bucal

Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria de análise
(P15)		
<p>Educar na minha opinião não é esse trabalho que a gente faz que dá resultado. O grande trabalho é aquele que chamava: Programa de Saúde. Ensinava a escovar os dentes, tomar banho, cortar as unhas e cabelos, fazer a barba.</p> <p>Então a educação teria que ser nesse sentido: uma educação continuada. Esse trabalho que a gente faz num momento dá um flash na vida das pessoas. Vai lá na escola fazer, é bom, é importante, mas sensibiliza muito pouco.</p>	<p>Educar não é esse trabalho que a gente faz</p> <p>O grande trabalho chamava: Programa de Saúde: uma educação continuada.</p> <p>... trabalho num momento um flash, na escola fazer, é bom, é importante, mas sensibiliza muito pouco.</p>	<p>-Educação como processo permanente</p> <p>- Não é algo pontual: “flash” – educação com algo não episódico</p>
(P15)		
<p>Saúde Bucal eu associo com Saúde Coletiva. Antigamente eu tinha uma visão diferente. Eu acho hoje em dia que uma pessoa que tem muitos problemas assim de Saúde Bucal geral, ela é temerária de falar de saúde geral, tanto mental, física. Não consigo dissociar mais e eu vejo muito a influência da família, do meio, da pessoa.</p>	<p>Saúde Bucal eu associo com Saúde Coletiva.</p> <p>Não consigo dissociar mais a influência da família, do meio, da pessoa.</p>	<p>- Concepção ampliada de saúde</p> <p>- Prevenção- visão integral</p>
(P4)		
<p>Educação, kit de higiene, rotina e alegria. Que a gente está próxima, pertinho para poder ajudar bastante nos problemas que eles estão tendo, na saúde bucal mesmo. Não é só palestras, não é só educação. A gente engloba tudo na nossa área, o que a gente puder resolver</p>	<p>Educação, rotina e alegria.</p> <p>... a gente está próxima, pertinho para poder ajudar... Não é só palestras, não é só educação.</p>	<p>- Educação como processo educativo permanente</p> <p>- Concepção ampliada de saúde</p>

(P10)		
Educação, informação. O que eu vejo assim, é que as pessoas não têm informação sobre saúde bucal. Falta um pouquinho, um pouquinho, não, falta muita de educação em Saúde Bucal que eu acho que está muito precário mesmo.	Educação, informação as pessoas não têm informação sobre saúde bucal. ...falta muita de educação em Saúde Bucal ... está muito precário mesmo.	- Educação como processo permanente
(P17)		
Agora nessa visão coletiva, o pensamento da gente muda um pouco. É ver o indivíduo como um todo, não só a boca. Então eu acredito que atrás disso você vê todo o local onde ele está inserido, como vive e, além de tudo isso, ver também a saúde bucal, que seriam as orientações e não só a educação em saúde, mas na atuação. Acho que a nossa contribuição não é só para a saúde bucal, mas também para a auto-estima deles.	...nessa visão coletiva... ... É ver o indivíduo como um todo, não só a boca, a saúde bucal, não só a educação em saúde, mas na atuação. ... nossa contribuição não é só para a saúde bucal, mas também para a auto-estima .	- Processo ampliado de saúde Prevenção - visão integral
(P1)		
O trabalho que eu fiz foi basicamente, educação: palestras. A gente chegou a fazer palestras com os pais , mas não muitos, pois esta é a parte mais difícil do trabalho de educação, porque é preciso organizar um horário, porque ele tem dificuldades de irem. Se chamar só para a palestra de saúde bucal, a gente tem pouca frequência. Saúde bucal eu relaciono com bem estar, sorriso. Principalmente isso... Com escolares, manutenção baseada na educação.	...educação: palestras. ... fazer palestras com os pais. Saúde bucal eu relaciono com bem estar, sorriso. Com escolares, manutenção baseada na educação.	- Processo educativo permanente - Prevenção – visão integral - Parceria com os pais

<p>(P3)</p> <p>Eu acredito que em qualquer programa de saúde, inicialmente a gente tem que fazer o controle do risco. Então quando a gente coloca o ionômero de vidro ou o IRM em uma grande quantidade de crianças, dando também educação em saúde, você está reduzindo o risco.</p> <p>...numa fase posterior, aquelas pessoas que já entenderam que a educação em saúde é muito mais importante do que a restauração de amálgama, que é a educação dele que vai lhe dar saúde, e que a saúde dele depende, não do dentista, mas sim dele, de estar escovando os dentes, daí então, a gente entra com a segunda parte.</p> <p>Saúde Bucal é felicidade, saúde, bem estar, beijo gostoso. É muita coisa!</p>	<p>Com escolares, manutenção baseada na educação.</p> <p>...aquelas pessoas que já entenderam que a educação em saúde é muito mais importante do que a restauração de amálgama, que é a educação dele que vai lhe dar saúde, e que a saúde dele depende, não do dentista, mas sim dele, de estar escovando os dentes... Saúde Bucal é felicidade, saúde, bem estar, beijo gostoso. É muita coisa!</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educação como processo permanente - Processo ampliado de educação
<p>(P16)</p> <p>Qualidade de vida, sem dúvida. É quando a gente devolve isso, primeiro a gente tira a dor de uma pessoa. A gente vê que até muda a feição da pessoa. E, outra, devolver a estética também é um pouquinho mais complicado. (...), mas o mais importante é a qualidade de vida. Você tem que estar bem. A criança quando está com dor nem consegue comer direito e é de grande valia esse trabalho que a gente tem feito porque tem diminuído bastante. Nesse sentido, a gente consegue maior número de crianças também nas escolas, indo lá e trazendo para cá em</p>	<p>Qualidade de vida... o mais importante é a qualidade de vida empenho em falar com os pais sobre promoção de saúde tem sido enorme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo ampliado de educação - Espaço escolar - Postura profissional

menor tempo		
(P16)		
O nosso empenho em falar com os pais sobre promoção de saúde tem sido enorme , porque essa é a parte que falta, porque eles não tiveram isso e muitos não valorizam, por exemplo, os dentes de leite porque vão cair. Difícil mesmo é conquistá-los para assistirem as palestras. Tem que amarrar com outro evento, porque é cultural , porque eles mesmos falam que isso não vai dar em nada. São muitos anos, história do Brasil, nem é de São Paulo.	...empenho em falar com os pais sobre promoção de saúde tem sido enorme... ..empenho em falar com os pais sobre promoção de saúde tem sido enorme...	- Participação dos pais
(P12)		
Saúde num sentido mais amplo da palavra, que é não ter problemas e manter também. Ter uma prevenção, cuidados, consciência de quem tem aquela boca. A importância que é, em todos os sentidos. Às vezes eu vejo a pessoa preocupada com a estética. Infelizmente o povo brasileiro é muito mal informado, mal formado até. É um pecado a falta de informação da população. Então o que o que precisa é muito investimento da saúde pública na informação das pessoas , porque bato muito nessa tecla, para estar sempre falando, exigindo, porque eles pecam por falta de informação. Infelizmente são muito mal informados. O início da saúde é informação. Acho que a maioria das doenças advém da falta de informação.	Saúde num sentido mais amplo da palavra, que é não ter problemas e manter também. ...o povo brasileiro é muito mal informado, mal formado... ... falta de informação da população. ...o que precisa é muito investimento da saúde pública na informação das pessoas, ...estar sempre falando, exigindo, porque eles pecam por falta de informação. Infelizmente são muito mal informados..	- Processo de informação que favorece a educação - Processo ampliado de educação - Compreensão ampliada de saúde - Falta da informação da população

(P11)		
<p>A saúde bucal vai ajudar na saúde geral dessa criança. Então eu acho que para a própria escola, sem olhar para o outro lado, só o da escola, já é uma porta que eles tem, quando a escola tem essa consciência. A criança bem cuidada, ela tendo essa atenção, ela vai colaborar em outros aspectos também. A auto-estima deles elevada, ganha em tudo, em educação, na participação do desempenho escolar.</p>	<p>A saúde bucal vai ajudar na saúde geral... A auto-estima deles elevada, ganha em tudo, em educação, na participação do desempenho escolar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo ampliado de educação - Espaço escolar - Processo de informação que favorece a educação
(P7)		
<p>Hoje eu associo com prevenção e educação. Justamente por causa dos trabalhos com escolares que a gente viu que é o caminho. ...tem que ter uma fase educativa, isto é, infelizmente a gente viu que não chegou a ponto de eliminar ela. Essa nova geração vai ter, com certeza, muito menos problema do que a minha, por exemplo. A gente vem tendo dificuldades com os pais nessa parte da prevenção. É por isso que eu falei da nossa geração, porque esta aqui, já vai ter a educação desde cedo, então, a mentalidade já vai estar melhor.</p>	<p>... eu associo com prevenção e educação. ...tem que ter uma fase educativa... Essa nova geração vai ter, com certeza, muito menos problema do que a minha... porque esta aqui, já vai ter a educação desde cedo, então, a mentalidade já vai estar melhor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de educação que favorece a prevenção - Processo de educação continuada
(P5)		
<p>Então, para mim, Saúde é Educação. Saúde Bucal, eu acho que é o caminho. O grande tratamento já é a escovação. Saúde Bucal; a primeira coisa que vejo é Educação. Tem que educar esse povo. O que falta mesmo é o hábito, é cultural,</p>	<p>Saúde é Educação. Saúde Bucal; a primeira coisa que vejo é Educação. Tem que educar esse povo. Saúde Bucal para mim é educação, e acho que a educação na escola é básica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educação como processo permanente - Espaço escolar - Aspecto "light" da escola

<p>nem é financeiro; é cultural, porque hoje em dia a escovinha é barato, fio dental é barato, então, Saúde Bucal para mim é educação, e acho que a educação na escola é básica. A tendência das crianças ficarem nas escolas, então é um tempo hábil para aprender. Eu acho que é muito mais educador do que ir às Unidades Básicas, então, a escola é light! Tira o astral do ambulatório, da doença, é mais alegre, é mais descontraído.</p>	<p>...crianças ficarem nas escolas, então é um tempo hábil para aprender. Eu acho que é muito mais educador do que ir às Unidades Básicas, então, a escola é light! Tira o astral do ambulatório, da doença, é mais alegre, é mais descontraído.</p>	
(P13)		
<p>Saúde Bucal, eu relaciono com Saúde geral. Tem que estar com saúde geral. Eu não consigo, não dá para separar Saúde Bucal da saúde geral. Eu acho que está relacionado com o bem estar da pessoa.</p>	<p>Saúde Bucal, relaciono com Saúde geral. Tem que estar com saúde geral....não dá para separar Saúde Bucal da saúde geral. Eu acho que está relacionado com o bem estar da pessoa.</p>	<p>- Compreensão ampliada de saúde</p>
(P6)		
<p>Saúde Bucal relacionada com prevenção, prevenção e prevenção.</p>	<p>Saúde Bucal relacionada com prevenção, prevenção e prevenção.</p>	<p>- Prevenção – visão integral</p>
(P14)		
<p>Saúde Bucal é o bem estar da pessoa. Ao nosso ver pode ser uma coisa e ao ver do indivíduo, outra. Então eu acho que, uma pessoa com dor de dente não tem uma saúde boa. Saúde Bucal é uma pessoa sem dor. Também acho que Saúde Bucal é relativo porque uma pessoa que tem um apinhamento pode sentir-se extremamente incomodada com aquilo e não conseguir rir por achar feio. Então, eu acho que é o bem estar do</p>	<p>Saúde Bucal é o bem estar da pessoa. ... uma pessoa com dor de dente não tem uma saúde boa. Saúde Bucal é uma pessoa sem dor. ...eu acho que é o bem estar do indivíduo, estar bem com ele, com a boca dele.</p>	<p>- Concepção de saúde bucal com ausência de quadro patológico</p>

<p>indivíduo, estar bem com ele, com a boca dele. Dele com ele, dele com a sociedade, em relação a como ele se sente com isso. Clinicamente eu não acho que uma pessoa com cárie tenha Saúde Bucal, mas, de repente para ele, pode estar bem.</p> <p>Saúde Bucal para mim é uma cavidade oral sadia. Primeiro sem doença, de maneira nenhuma. Sem lesão e bem alinhada, funcional, porque não acredito que uma cavidade desorganizada em termos de estrutura vá trazer saúde para o paciente.</p>	<p>Saúde Bucal para mim é uma cavidade oral sadia. Primeiro sem doença, de maneira nenhuma. Sem lesão e bem alinhada, funcional, porque não acredito que uma cavidade desorganizada em termos de estrutura vá trazer saúde para o paciente.</p>	
(P2)		
<p>Associo Saúde Bucal com prevenção. Prevenção é o principal. Acho que o carro chefe da Odontologia é a prevenção e orientação. Principalmente aqui, onde as informações são precárias. Não tem noções básicas de escovação e higiene, eles não têm. Então, tem que ter, senão, você fica só fazendo tratamento restaurador, e isso, em longo prazo não daria resultado. Ficaria repetitivo e desmotivaria o profissional, porque a demanda é muito grande. Ele fica sozinho no consultório só atendendo. Fica desmotivado.</p>	<p>Associo Saúde Bucal com prevenção. Prevenção é o principal. o carro chefe da Odontologia é a prevenção e orientação... as informações são precárias. Não tem noções básicas de escovação e higiene</p>	<p>- Articulação de educação e saúde</p>
(P5)		
<p>Porque você vai este ano, vai ao próximo... ...faz-se num ano e não volta no mais. Agora, se todo ano você faz, acompanha, com certeza, os resultados serão melhores.</p>	<p>...você vai este ano, vai ao próximo... se todo ano você faz, acompanha, com certeza, os resultados serão melhores.</p>	<p>- Educação como processo permanente</p>
(P14)		
<p>...é cultural, não tem essa cultura de dar importância (dente).</p>	<p>...é cultural, não tem essa cultura de dar importância (dente).</p>	<p>- Educação como processo</p>

<p>Só depois eles vão perceber: - agora que eu já perdi todos. Eu até percebo que uns até perderam muitos dentes e não perceberam isso, mas é importante falar com os pais, senão, o nosso trabalho é em vão, é vazio.</p> <p>A criança até pode fazer na escola, e pensar em fazer, mas se é o pai ou a mãe quem cuida da criança, e não assimilar a importância muita bem, eu percebo que não resolve muito.</p>	<p>... é importante falar com os pais, senão, o nosso trabalho é em vão, é vazio.</p> <p>A criança até pode fazer na escola, e pensar em fazer, mas se é o pai ou a mãe quem cuida da criança, e não assimilar a importância muita bem, eu percebo que não resolve muito.</p>	<p>permanente</p> <p>- Educação com pais</p>
<p>...com escolares, se você tiver uma ação efetiva, principalmente conscientização dos pais, (chupetas, mamadeiras, escovação)... falando, falando, até entrar na cabeça de todo mundo, porque não é só mudança de hábitos, é uma mudança cultural... é por isso que eu acho que as ações têm que ser cada vez mais repetitivas para que a gente consiga um efeito duradouro.</p>	<p>...ação efetiva, principalmente conscientização dos pais, (chupetas, mamadeiras, escovação)...falando, falando, até entrar na cabeça de todo mundo... as ações têm que ser cada vez mais repetitivas para que a gente consiga um efeito duradouro.</p>	<p>- Educação como processo permanente</p>
<p>(P12)</p>		
<p>Lá na UBS também tem palestrinhas para reforçar a questão da higienização, da escovação. Se eu vejo que não está bom, paro tudo e explico para os pais.</p>	<p>tem palestrinhas para reforçar a questão da higienização, da escovação. Se eu vejo que não está bom, paro tudo e explico para os pais.</p>	<p>- Postura profissional</p>
<p>(P12)</p>		
<p>...a escola como sendo formadora da criança, formadora do cidadão... que ela incorpore também essa formação tão importante. Acho que estamos trabalhando na base...é uma esponjinha absorvendo as melhores informações. Melhor fase, melhor época para você colocar informações na cabecinha de um ser humano. Sementinhas nas cabecinhas.</p>	<p>a escola como sendo formadora da criança ... estamos trabalhando na base...é uma esponjinha absorvendo as melhores informações. Sementinhas nas cabecinhas</p>	<p>- Espaço escolar</p> <p>- Educação como processo permanente</p>

(P13)		
Prevenção. Acredito muito na prevenção. Eu acho que para a população super-carente é complicado porque eles questionam, o que eles querem é fechar o buraquinho, mesmo que a noção importante seja: não ter o buraquinho. Eles ficam ainda muito afoitos com a questão do curativo.	Prevenção. Acredito muito na prevenção. ...eles querem é fechar o buraquinho, mesmo que a noção importante seja: não ter o buraquinho.	- Educação como processo permanente - Espaço escolar
(P11)		
A saúde bucal é essencial para a escola porque tenho conversado com os diretores e a gente vê que quando a criança participa, ela se sente cuidada , ainda mais nessa região que é tão carente. Eles dão respostas em outros aspectos dentro da escola. Colaboração. A auto-estima elevada ganha em tudo, em educação, na participação do desempenho escolar.	quando a criança participa, ela se sente cuidada, dão respostas em outros aspectos dentro da escola. Colaboração. A auto-estima elevada ganha em tudo, em educação, na participação do desempenho escolar.	- Concepção ampliada de saúde - Espaço escolar
(P11)		
A escola como fonte formadora da personalidade de uma pessoa é importante, é necessário saber dessa necessidade até por uma questão educacional. – Ah! Mas você não escovou direito! Você está trabalhando a educação daquela criança, em relação à prevenção de doenças bucais.	...escola como fonte formadora ... -Ah! Mas você não escovou direito! Você está trabalhando a educação daquela criança, em relação à prevenção de doenças bucais.	- Espaço escolar - Processo permanente de educação
(P4)		
...o legal de você repetir nas escolas (atividades), e você chegar lá na hora do intervalo e ver o pessoal escovando os dentes. Escovas e pastas junto com a merenda. É bem legal!	repetir nas escolas (atividades), chegar lá na hora do intervalo e ver o pessoal escovando os dentes. Escovas e pastas junto com a merenda.	

<p>Todo mundo que trabalha com crianças, que se envolve, se joga de cabeça, acaba se apaixonando, porque a criança dá um retorno muito gratificante! ...a professora está fazendo a diferença na parte de saúde bucal com as crianças. Mande um livrinho “bruxa desdentada”...levaram para casa para contar a história da bruxa para os pais.</p>	<p>...professora está fazendo a diferença na parte de saúde bucal com as crianças. ... um livrinho “bruxa desdentada”...levaram para casa para contar a história da bruxa para os pais.</p>	<p>- Espaço escolar - Trabalho junto aos professores</p>
(P7)		
<p>Quando você explica que o primeiro molar é permanente, e, que , não cai, ele responde que ainda não caiu nenhum dente...é porque todos esses pais não tiveram a educação que essas crianças estão tendo, já. Isso realmente é uma dificuldade.</p>	<p>...você explica que o primeiro molar é permanente, e, que , não cai, ... esses pais não tiveram a educação que essas crianças estão tendo</p>	<p>- Espaço escolar - Processo de educação que favorece a informação</p>
(P10)		
<p>Nós fazemos a capacitação dos professores e pais... tanto é que... agora depois da comida, eles vão e fazem a escovação com os alunos. Isso todos os dias! Já virou rotina, e, antes não tinha isso!</p>	<p>fazemos a capacitação dos professores e pais... ...agora depois da comida, eles vão e fazem a escovação com os alunos. Isso todos os dias! Já virou rotina, e, antes não tinha isso!</p>	<p>- Processo de educação através da informação - Trabalho junto aos professores</p>
(P2)		
<p>O que a gente vê aqui é que eles praticamente não tiveram atendimento nenhum. Então, eles nem sabem a dinâmica do atendimento do paciente do consultório. Ele nem sabe onde sentar, onde cuspir... O que é mecânico, aqui não é. Você tem que explicar.</p>	<p>eles praticamente não tiveram atendimento nenhum... ... nem sabe onde sentar, onde cuspir...</p>	<p>- Processo de educação através da informação</p>
(P4)		
<p>Nas escolas onde a gente trabalha, orientamos os pais para manter o que ensinamos nas escolas em casa. ...a gente faz</p>	<p>...orientamos os pais para manter o que ensinamos nas escolas em casa...</p>	<p>- Processo de educação através da informação</p>

<p>as reuniões com os pais para poder mostrar para eles que as coisas são diferentes, e, por conta “do cuidar”, “do porquê” daquilo, e, que assim, que a gente está disponível para ajudar numa emergência, alguma coisa.</p> <p>...conversamos com o cozinheiro da escola que faz a merenda para tentar diminuir a quantidade de doces. A gente tenta entrar na rotina das crianças para tentar ver se conseguimos melhorar a saúde bucal.</p>	<p>...faz as reuniões com os pais para poder mostrar “do cuidar”, “do porquê”</p> <p>...conversamos com o cozinheiro da escola que faz a merenda para tentar diminuir a quantidade de doces.</p>	
(P2)		
<p>Por eu ser mais experiente e ter passado por várias gestões, eu sinto que não existe continuidade desse atendimento que estava sendo feito. Às vezes é abandonado, trocado por uma outra diretriz. O certo seria você dar seqüência naquilo que realmente está dando certo ou melhorar as falhas, né?</p>	<p>Por eu ser mais experiente e ter passado por várias gestões...</p> <p>...o certo seria você dar seqüência naquilo que realmente está dando certo ou melhorar as falhas</p>	<p>- Processo de educação continuada</p> <p>- Dimensão política</p>
(P15)		
<p>Saúde bucal, educação. Ela abre a boca e você já vê o padrão de higiene da casa, o padrão de higiene dos pais. O filho é o espelho dos pais. Se você fizer uma estatística: famílias mais desestruturadas tendem a ter mais problemas do que as famílias estruturadas.</p>	<p>Saúde bucal, educação.</p> <p>...famílias mais desestruturadas tendem a ter mais problemas do que as famílias estruturadas.</p>	<p>- Dimensão política</p>
(P2)		
<p>O dentista faz (aplicações de flúor e orientações) no começo do ano, mas depois elas (ACD/THD) vão acompanhando e fazendo também. Quando essa criança retorna, e retorna no outro ano na EMEI, você vê que deu resultado: o tratamento e</p>	<p>O dentista faz (aplicações de flúor e orientações) no começo do ano...</p> <p>... (ACD/THD) vão acompanhando e fazendo também...</p> <p>... essa criança retorna, no outro ano na EMEI, e, você vê que</p>	<p>- Educação como processo continuado</p>

<p>a orientação. Orientações implantadas há uns 15 anos. Só eu, uns 10 anos! Educação com escolares, se não tiver, a gente não consegue um resultado tão rapidinho. Lógico que o trabalho é em longo prazo. Tem que estar sendo feito para daqui há uns 8~10 anos nós estarmos vendo os resultados.</p>	<p>deu resultado: o tratamento e a orientação Tem que estar sendo feito para daqui há uns 8~10 anos nós estarmos vendo os resultados.</p>	
(P15)		
<p>...é o projeto do leite, do uniforme, do material escolar. Então, não sou contra isso, porque uma população desassistida, e a gente têm muitas, mas isso perturba a cabeça das pessoas porque ela começa a achar que você tem que carregá-las. Você tem que carregá-las, e, isso influi na saúde bucal. ...que dente é igual à funilaria, que nem carro que amassa. Então ele vai lá (no dentista) e faz um remendo “da hora”! Essa é infelizmente a cultura que a gente tem. Então é controle e prevenção. É cultura assistencialista, entendeu?</p>	<p>...é o projeto do leite, do uniforme, do material escolar. ...isso perturba a cabeça das pessoas porque ela começa a achar que você tem que carregá-las. É cultura assistencialista,</p>	<p>- Cultura assistencialista</p>
(P15)		
<p>...foi fazer uma palestra de saúde bucal com os pais, mas, ela foi esperta: marcou a palestra para o dia em que a escola ia distribuir material escolar. Ela flou que não agüentava. Só de lista de presença, ela teve que pedir a ajuda dos guardas para cadastrar as pessoas, cadastrar a presença porque tinham mais de 300 pessoas! ...uma aluna da UNIP marcou uma palestra com os pais e que apareceram só duas pessoas! Duas, entendeu???? Então, tivemos que chamar as professoras para não ficar chato... Então</p>	<p>...ela foi esperta: marcou a palestra para o dia em que a escola ia distribuir material escolar. teve que pedir a ajuda dos guardas porque tinham mais de 300 pessoas! ...cultura assistencialista</p>	<p>- Parceria com os pais - Cultura assistencialista</p>

eu acho isso: cultura assistencialista em demasia.		
(P15)		
É como comparar aquele negócio do CPOD. Em 86 eram 11,14% e hoje está em 2%... lógico, a gente achar que essas coisas são percentuais. Hoje, 10% com a boca e uma higiene melhor. Futuramente isso vai aumentando, a gente sabe disso. A gente vê que alguns problemas da população precisa ser equacionados; re- educação.	Hoje, 10% com a boca e uma higiene melhor. Futuramente isso vai aumentando, ...precisa ser equacionado; re- educação.	- Educação como processo permanente
(P16)		
Deu-me a idéia de vincular a palestra aos pais com a entrega de materiais escolares, de interesse deles: mochilinha e entrega do leite. Aí, eles tinham que assistir a palestra, para depois pegar essas coisas, porque, infelizmente, às vezes, a gente faz uma palestra assim e muitos não comparecem. quando elas (crianças) chegavam aqui, eu já não era aquele monstro branco odontológico: era a tia dentista que foi na escola, que fez coisas legais... foi muito mais tranquilo o atendimento dessas crianças em função desse trabalho de promoção de saúde.	vincular a palestra aos pais com a entrega de materiais escolares, de interesse deles: mochilinha e entrega do leite. ...eu já não era aquele monstro branco odontológico: era a tia dentista que foi na escola, que fez coisas legais..	- Processo de educação através da informação - Espaço escolar
(P16)		
... acho fundamental esse trabalho (prevenção), e, o mais importante, é que eles valorizem os dentes, porque infelizmente, em casa, eles não têm esse exemplo. Os pais não têm dentes.	acho fundamental esse trabalho (prevenção), e, o mais importante, é que eles valorizem os dentes, porque infelizmente, em casa, eles não têm esse exemplo. Os pais não têm dentes.	- Processo de educação que favorece a informação - Dimensão preventiva

<p>...na escola é bem bacana, porque eles têm aquela rebeldia própria da idade. Aquele potencial. Mas, quando a gente encontra um grupo que usa esse potencial, tenta adequar à nossa linguagem à deles, eles tornam-se multiplicadores. ...a gente retorna lá no ano seguinte. As professoras estão colaborando, fazendo porta-escova, tentando fazer a cartilha da Saúde Bucal, perguntando o que vou fazer na semana da saúde, me procurando para dar orientações: isso me deixa muito feliz!</p>	<p>escola é bem bacanaquando a gente encontra um grupo que usa esse potencial, tenta adequar à nossa linguagem à deles, eles tornam-se multiplicadores</p>	<p>- Processo de educação através da informação - Espaço escolar</p>
(P17)		
<p>...a importância de ter um sorriso, não só por sorrir, mas funcionalmente, ele não sabe. Então, quando você explica que um dente pode causar problemas na ATM...e pergunto se quando uma unha encrava, se ele corta o dedo? -Não!!! Arruma a unha! Então eu chego à conclusão de que eles não sabem da importância real de um dente e da saúde bucal como um todo pela falta de informação.</p>	<p>...a importância de ter um sorriso, não só por sorrir, mas funcionalmente, ele não sabe. ...não sabem da importância real de um dente e da saúde bucal como um todo pela falta de informação.</p>	<p>- Processo de educação que favorece a informação - Prevenção – visão integral</p>
(P17)		
<p>...quando você reconhece a criança pelo nome e diz – Mariana, vem aqui , e tal, eles já arregalam os olhos e – nooossa! Ela lembrou do meu nome!!!! A nossa contribuição não e só para a saúde bucal, mas também para a auto-estima deles. Então não e só fator local, oral, odontológico da coisa – e muito mais!</p>	<p>quando você reconhece a criança pelo nome Ela lembrou do meu nome!!!! A nossa contribuição não e só para a saúde bucal, mas também para a auto-estima deles. Então não e só fator local, oral, odontológico da coisa – e muito mais!</p>	<p>- Concepção ampliada de educação</p>