



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA

**O USO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA EMPODERAMENTO DE
ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**

PALMAS – TO
2018

GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA

**O USO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA EMPODERAMENTO DE
ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Professora Doutora Leidiene
Ferreira Santos

PALMAS – TO
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- O48u OLIVEIRA, Garithuzy Macedo.
O uso de atividade educativas para empoderamento de estudantes em relação à saúde bucal. / Garithuzy Macedo OLIVEIRA. – Palmas, TO, 2018. 106 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2018.
Orientador: Leidiene Ferreira Santos
1. Educação em saúde. 2. Saúde bucal. 3. Saúde da criança. 4. Odontologia. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

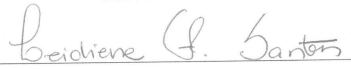
Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Garithuzy Macedo Oliveira

O USO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA EMPODERAMENTO DE
ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obter
do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde

Banca Examinadora:



Profª. Dra. Leidiene Ferreira Santos, UFT



Profª. Dra. Danielle Rosa Evangelista, UFT



Profª. Dra. Juliana Bastoni da Silva, UFT

Palmas - TO, 03 de dezembro de 2018

*A Deus,
Meus pais,
Minha família,
Às crianças,
Meus mestre e colegas!*

*“Uma criança, um professor, um livro e uma
caneta podem mudar o mundo.
Educação é solução.”
(Malala Yousafzai)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades a mim concedidas.

A meus pais, Garibalde e Iolanda, e meu irmão, Garibalde Júnior, que sempre me incentivaram a buscar mais.

Ao meu esposo Christiano e meus amados filhos, Guilherme e Júlia, que toleraram minha ausência e sempre me esperaram voltar.

À minha professora e orientadora Prof^ª. Dra Leidiene Ferreira Santos, que generosamente compartilhou seus conhecimentos e se dedicou a esse trabalho.

À banca examinadora composta pelas Prof^ª. Dra Danielle Rosa Evangelista e Prof^ª. Dra Juliana Bastoni que colaboraram de forma ilustre com suas considerações.

Aos coordenadores e professores do Programa de Mestrado Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins que contribuíram significativamente com minha formação.

Aos meus colegas da I Turma, Aline, Ana Carolina, Arlane, Carolina, Giovana, Layane, Luiza, Márcia, Mikael, Patrícia e Vinícius, foi maravilhoso conhecer, conviver e aprender com vocês.

Aos gestores, professores e colaboradores da Escola Municipal Santa Luzia que abriram a escola e acreditaram na proposta da pesquisa.

Às crianças e aos seus responsáveis, pela confiança e disponibilidade, fundamentais para a realização deste estudo.

Garithuzy Macedo Oliveira.

RESUMO

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas devido à influência na mudança de atitude, comportamento, empoderamento e desenvolvimento de hábitos saudáveis. O desconhecimento sobre cuidados de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, mesmo que disponível, não chega a todas as classes sociais e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. Diante dessa problemática, essa pesquisa se propõe a avaliar o impacto de atividades educativas no empoderamento de crianças de uma escola pública em relação à saúde e higiene bucal, por meio de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, com crianças matriculadas na Escola Municipal Santa Luzia, localizada no Município de Araguaína, Tocantins, Brasil. No estudo foi aplicado um questionário sobre saúde e cuidados com a higiene bucal, realizadas atividades educativas lúdicas, direcionadas a saúde e cuidados com a higiene bucal, construção de material educativo sobre saúde bucal e reaplicação do questionário. Por meio da abordagem participativa, observou-se uma mudança no comportamento das crianças em relação à saúde bucal nas categorias de conhecimento em saúde bucal, percepção de saúde bucal e mudanças nos hábitos de higiene bucal, após a participação nas atividades de educação em saúde. Dessa forma, a reorientação das práticas, no sentido de torná-las mais envolventes, através do diálogo, problematização e da participação ativa de todos os envolvidos alcançam melhores resultados empoderando os sujeitos.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde bucal. Saúde da criança. Odontologia.

ABSTRACT

Education and information on oral health care have been highlighted because of the influence on attitude change, behavior, empowerment, and the development of healthy habits. Lack of knowledge about oral hygiene care is a factor to be considered, since information, even if available, does not reach all social classes and is difficult to understand in order to produce knowledge and autonomy in relation to care. Faced with this problem, this research proposes to evaluate the impact of educational activities on the empowerment of children of a public school in relation to oral health and hygiene, through a descriptive and exploratory, qualitative approach, with children enrolled in the Municipal School Santa Luzia, located in the Municipality of Araguaína, Tocantins, Brazil. In the study, a questionnaire on health and care with oral hygiene was carried out, educational activities were carried out, with a focus on health and care with oral hygiene, construction of educational material on oral health and reapplication of the questionnaire. Through the participatory approach, there was a change in the behavior of children regarding oral health in the categories of oral health knowledge, perception of oral health and changes in habits of oral hygiene after participation in health education activities. In this way, the reorientation of practices, in the sense of making them more engaging, through dialogue, problematization and the active participation of all involved achieve better results empowering the subjects.

Key-words: Health Education. Oral Health. Child Health. Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Descrição das atividades realizadas na pesquisa para coleta de dados.....	39
Figura 2- Materiais lúdicos produzidos pelas pesquisadoras, utilizados para atividades de educação em saúde sobre higiene dental.....	41
Figura 3- Criança elaborando desenhos sobre saúde bucal.....	41
Figura 4- Criança fazendo desenhos sobre saúde bucal.....	42
Figura 5- Atividade lúdica com macro modelo da dentição decídua apresentando os agentes etiológicos da cárie	43
Figura 6- Atividade lúdica de orientação de escovação dental	43
Figura 7- Alunos do quarto ano da Escola Santa Luzia em atividade de escovação dental	44
Figura 8- Escovação dental supervisionada	46
Figura 9- Elaboração de um material educativo sobre saúde e higiene bucal.....	45
Figura 10- Etapas do processo de análise de conteúdo.....	47
Figura 11- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental).....	53
Figura 12- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental).....	54
Figura 13- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental).....	54
Figura 14- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental).....	55
Figura 15- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (alimentos cariogênicos).....	55
Figura 16- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (alimentos cariogênicos).....	56
Figura 17- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie - alimentos cariogênicos e método de prevenção (escovação bucal e uso do fio dental)	57
Figura 18- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie - alimentos cariogênicos e os agentes de prevenção (escova, pasta e fio dental).....	58
Figura 19- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental e alimentos cariogênicos) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental)	59
Figura 20- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da (bactérias do biofilme dental e alimentos cariogênicos) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental) .	60
Figura 21- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes de prevenção (escova e pasta dental).....	61
Figura 22- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes de prevenção (escova e pasta dental).....	62
Figura 23- Ilustração feita por alunos evidenciando sofrimento com dor devido à cárie.....	63
Figura 24- Ilustração feita por alunos evidenciando sofrimento com dor devido à cárie.....	63
Figura 25- Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental), os agentes de prevenção (escova e pasta dental) e o cirurgião dentista como super-herói	64
Quadro 1- Conhecimento das crianças sobre sua saúde bucal antes e após participação nas atividades de educação em saúde.....	49
Quadro 2- Percepção das crianças sobre sua saúde bucal antes e após participação nas atividades de educação em saúde	50
Quadro 3- Horários da higiene dos dentes	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Condições ou agravos em saúde bucal por faixa etária	26
Tabela 2 – Proposta de ações educativas em saúde bucal por faixa etária.....	34
Tabela 3 – Total de crianças entrevistadas – distribuição por faixa etária e sexo.....	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. PROBLEMATIZAÇÃO.....	16
4. DELIMITAÇÃO	18
5. OBJETIVOS.....	18
5.1 Objetivo Geral.....	18
5.2 Objetivos Específicos	18
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
6.1 Atividades de educação em saúde como ferramenta para o empoderamento individual e coletivo nos processos de saúde/doença	19
6.2 Saúde bucal na perspectiva da saúde da criança e do adolescente.....	23
6.3 Educação em saúde na escola.....	27
6.4 Práticas de educação em saúde bucal.....	31
7. METODOLOGIA.....	37
7.1 Metodologia da Pesquisa	37
7.2 Procedimentos Metodológicos.....	37
7.2.1 Descrição das atividades realizadas na pesquisa para coleta de dados.	39
7.3 Análise de dados.....	47
8. RESULTADOS	48
8.1 Categoria: Perfil da população	48
8.2 Categoria: Conhecimento em relação a saúde e higiene bucal	49
8.3 Categoria: Percepção de Saúde Bucal.....	50
8.4 Categoria: Prática implementadas na higiene bucal	51
8.5 Construção e apresentação de material educativo, na modalidade cartilha	52
9. DISCUSSÃO.....	66
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNCICES.....	81
ANEXOS	104

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, inúmeras pesquisas têm reforçado a importância dos cuidados com a higiene bucal para prevenção de agravos à saúde e para melhorar a qualidade de vida das pessoas (MOIMAZ et al., 2016; ORTIZ et al., 2016; GABARDO et al., 2015), bem como apontam para a necessidade de políticas e ações que minimizem as desigualdades em saúde bucal, garantindo acesso aos subgrupos populacionais mais vulneráveis de acordo com as suas necessidades de saúde (FERNANDES et al., 2016; NICO et al., 2016).

Nesse sentido, iniciativas tem sido implementadas pelo governo visando, entre outros aspectos, reduzir agravos relacionados a complicações bucais e melhorar o acesso da população aos serviços odontológicos (FERNANDES et al., 2016; MATTOS et al., 2014). A exemplo, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, que se constitui de uma série de medidas com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, em que a principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal direcionadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Uma das principais linhas de ação do Brasil Sorridente é a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, destacando-se a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

É válido pontuar que, muito embora diversos avanços tenham sido alcançados na área de saúde bucal no país, ela ainda está aquém das recomendações dos especialistas da área (ELY et al., 2016; FERNANDES et al., 2016; AQUILANTE et al., 2015). Dessa maneira, são necessários esforços para se alcançar, efetivamente, uma adequada saúde bucal entre os brasileiros, em especialmente entre aqueles com baixa renda e poder econômico.

A literatura atual evidencia que a saúde bucal está intimamente associada a variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais. O aumento das taxas de doenças e agravos orais está relacionado com níveis mais elevados de desigualdades sociais, evidenciando assim o efeito danoso que os determinantes sociais podem ter sobre o

processo saúde-doença (GABARDO, 2015; MARTINS, 2016). Corroborando com essa afirmação Paim (2012, p. 27), discorre que:

Em 2000, as Equipes de Saúde Bucal foram introduzidas no PSF e em 2008, 40% da população afirmava ter consultado um dentista no ano anterior e apenas 11,6% afirmava nunca ter ido ao dentista. No entanto, permanecem grandes as desigualdades socioeconômicas; em 2008, 23,4% das pessoas do grupo de renda mais baixa nunca haviam consultado com um dentista, contra apenas 3,6% das pessoas do grupo de renda mais alta.

Nessa perspectiva, uma melhor saúde bucal está intrinsecamente ligada às melhorias dos determinantes sociais, políticos e econômicos. Embora Programas Educativos em Saúde Bucal venham sendo implantados na rede pública a fim de estender conhecimentos e práticas às populações necessitadas, o acesso ao tratamento nos serviços odontológicos no setor público continua precário. Desta forma, as atividades educativas se tornam imprescindíveis à manutenção, recuperação e promoção da saúde (SANTOS, 2016a; PETRY, 2003).

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas devido à influência na mudança de atitude, comportamento, empoderamento e desenvolvimento de hábitos saudáveis. O desconhecimento sobre cuidados de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, mesmo que disponível, não chega a todas as classes sociais e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (FULLER, 2014; PAULETO, 2004; SALIBA, 2016).

Em relação à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e na motivação do paciente em relação à desorganização da placa bacteriana, à restrição do consumo de açúcar e ao uso do flúor (FULLER, 2014; PAULETO, 2004; SALIBA, 2016). Pauleto (2004, p. 122), ainda aponta que “a importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada”.

Nesse sentido, Santos (2009) considera a escola um espaço ideal para o desenvolvimento de estratégias que promovam saúde, devido sua abrangência, e o fato de serem também responsáveis pela formação de atitudes e valores, além de capacitar os educadores.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propõem em seus pressupostos articular o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação, e evidenciam a Educação em Saúde Bucal como estratégia importante nas ações

responsáveis pela consolidação do conceito ampliado de saúde e possibilitar aos indivíduos a mudança de hábito apoiando-os na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004b).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de Programas de Educação em Saúde Bucal que impactem nas condições de vida da população se faz importante para a promoção de saúde da comunidade, especialmente entre crianças e adolescentes, já que, pesquisas vêm demonstrando que essa clientela apresenta risco aumentado de cárie devido ao precário controle de placa e da redução dos cuidados com a higiene bucal (BARROS, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

Considerando a necessidade de promoção e proteção da saúde bucal infantil e a escola como cenário para “re”construção de conhecimento e boas práticas de saúde essa pesquisa propôs o uso de atividades educativas como recurso para empoderar crianças de uma escola pública em relação à saúde e higiene bucal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

Estudiosos têm indicado o uso de atividades de educação em saúde como estratégia para melhorar os indicadores de saúde (FIGUEIREDO et al., 2014; SANTOS, 2009; SOUZA et al., 2015), haja vista que esse tipo de recurso favorece o compartilhamento de informações, mudanças de comportamento e empoderamento das pessoas em relação aos processos saúde doença (NOGUEIRA et al., 2016).

Em especial, entre crianças e adolescentes, percebe-se que atividades de educação em saúde, com o uso de recursos lúdicos, contribuem para ampliar seus olhares para a significação de saúde e doença, de maneira que se aproximam de conceitos e ações de promoção da saúde, em busca de uma melhor qualidade de vida (NATASH et al., 2016).

Nessa perspectiva, acredita-se que os resultados desse estudo poderão colaborar para mudanças de comportamento entre os escolares e para adoção de hábitos saudáveis relacionados à higiene bucal, através da aprendizagem. Tais aspectos, por sua vez, poderão contribuir para promoção da saúde, prevenção de agravos e melhora nos indicadores de saúde bucal entre os participantes.

Acredita-se, também, que as crianças atuarão como multiplicadoras dos conhecimentos construídos ao longo da implementação dessa pesquisa, e que os benefícios

advindos dessa participação não se limitarão aos participantes desse estudo, mas aos familiares, amigos e comunidade e comunidade escolar.

Ainda, os resultados dessa pesquisa poderão dar visibilidade a ações de educação em saúde como ferramenta para melhorar a higiene saúde bucal entre crianças em idade escolar, favorecendo a implementação desse recurso por profissionais de saúde como estratégia para prevenção de agravos e promoção da saúde nessa clientela.

3. PROBLEMATIZAÇÃO

A faixa etária abordada nesse estudo, dos 9 aos 11 anos de idade, corresponde a um período de transição das chamadas Saúde da Criança para a Saúde do Adolescente. Essa fase é marcada pelo desenvolvimento e início de mudanças graduais importantes para os indivíduos, caracterizadas por alterações psicológicas, emocionais, fisiológicas, sociais e também variações nos hábitos de saúde, que podem expô-los ao risco de adoecimento, sendo necessários profissionais da saúde capacitados para atender e acompanhar de forma humanizada essa população. Ao mesmo tempo, essa etapa é muito importante para formação de hábitos e atitudes saudáveis (OLIVEIRA, 2017; TEIXEIRA, 2005).

Pereira et al. (2018, p. 12) afirma que “crianças na faixa etária de 7 a 12 anos estão mais susceptíveis à aquisição de novos conhecimentos, possuem uma maior facilidade de aprendizado, proporcionando resultados mais satisfatórios”. Brasil (2008, p. 53) complementa, afirmando que crianças de 2 a 9 anos estão na “faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal”.

Desse modo, a educação em saúde, para construir a consciência sanitária, deve ser pensada como capaz de desenvolver nas pessoas a noção crítica das causas reais de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar prontidão para atuar no sentido da mudança. Ao resgatar a autonomia de cada sujeito sobre seu próprio corpo e permitir a posse do conhecimento das causas reais do adoecimento, trabalhando a causação biológica e social, buscamos remover o caráter fatalista das doenças, bem como a individualidade da culpa e a noção medicalizada do processo, que implica em consumir a saúde como mercadoria (PETRY, PRETTO, 2003).

Assim, a educação em saúde não pode ser confundida com informação em saúde. A abordagem deve promover o desenvolvimento de raciocínio crítico e reflexivo, além de

promover uma educação para a autonomia e empoderamento dos sujeitos, visando mudanças de comportamento respeitando a cultura local (BRASIL, 2008; ALMEIDA, 2016).

A educação popular e saúde se apresenta como uma metodologia de aprendizagem que possibilita ao sujeito que aprende refletir sobre sua realidade, buscar soluções e neste processo construir um conhecimento significativo. (CARVALHO, 2007, p. 92).

Existem vários tipos e abordagens de atividades educativas na saúde bucal, mas elas impactam de fato promovendo a mudança de comportamento e aprendizagem com os escolares?

Os profissionais da saúde, por meio do vínculo e responsabilização, se tornam referência nas questões de saúde para os pacientes devendo conduzi-los na construção dessa autonomia, entendendo, respeitando e incentivando o autocuidado através de informações sobre o processo saúde – doença e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde favorecendo o empoderamento dos sujeitos coletivos (BRASIL, 2008; SANTOS, 2016b).

É condição indispensável no processo educativo em saúde bucal, a atenção mais abrangente, a integração de aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais, de forma a proporcionar uma visão dinâmica do processo saúde/doença no indivíduo como um todo, o que se relaciona diretamente com sua qualidade de vida. É necessário criar a vontade de aprender, despertar a atenção, o interesse para a ação, estimular o desejo de atingir os resultados visados, desenvolver condições internas favoráveis à aprendizagem, fazê-los entender e crer que não só é o maior interessado em sua saúde bucal, como também o maior responsável por ela (PETRY, PRETTO, 2003).

Para Corrêa et al. (2015, p. 15) “é necessária uma relação dialógica, através da comunicação emancipadora, onde os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa, construtiva e criativa, levando em consideração a reconstrução do saber e do fazer”. Profissionais de saúde, professores, pais e responsáveis precisam compreender as necessidades das crianças e adolescentes, além de buscar interagir nos grupos de trabalho para a formatação dos serviços de acordo com necessidades e demandas identificadas na escola e comunidade em prol de influenciar positivamente e atuar junto formando multiplicadores de saúde.

Nesse intuito, esse estudo propõe uma abordagem onde as crianças são colocadas como agentes promotores dessa mudança através da aprendizagem ativa, participativa, criativa, colaborativa e emancipadora.

4. DELIMITAÇÃO

Este estudo foi norteado pelos pressupostos da educação em saúde (BRASIL, 2007b), usando como recurso metodológico atividades pedagógicas educativas, realizadas com crianças de nove a onze anos de idade de uma escola municipal localizada em Araguaína – TO, visando alcançar empoderamento desses estudantes em relação às questões de saúde bucal.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto de atividades educativas no empoderamento de crianças de uma escola pública em relação à saúde e higiene bucal.

5.2 Objetivos Específicos

I. Apresentar o perfil demográfico de crianças estudantes do ensino fundamental de uma escola pública;

II. Identificar o conhecimento de crianças sobre saúde bucal, antes e após participação em atividade educativa;

III. Conhecer práticas implementadas por crianças em relação à higiene bucal, antes e após participação em atividade educativa;

IV. Descrever o processo de construção de material educativo, na modalidade cartilha, sobre saúde bucal.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1 Atividades de educação em saúde como ferramenta para o empoderamento individual e coletivo nos processos de saúde/doença

Para compreender o processo de empoderamento em relação aos cuidados com a saúde bucal, entre a comunidade acadêmica de uma escola de ensino fundamental, essa pesquisa adotou como referencial teórico as “Diretrizes de Educação em Saúde”, propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b).

O termo “educar” tem origem na palavra latina *educare*, que significa conduzir de um estado a outro, na transformação dos sujeitos provocando mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação exercida. É pautada em atividades de interação entre os seres sociais, logo depende da inter-relação entre o agente, a mensagem e um educando (LIBÂNEO, 1994).

Neste contexto, destaca-se o papel da educação em saúde para assistência em saúde, pois se configura em prática social, cujo processo sistemático, contínuo e permanente, contribui para a formação da consciência crítica dos sujeitos a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estudos têm demonstrado que a implementação de atividades de educação em saúde contribui para transformação de percepção e enfrentamento de processos saúde/doença, à medida que instiga a troca de saberes, o esclarecimento de questionamentos, a crítica e a promoção da saúde, sendo possível repensar as estratégias de atuação dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada (CAMILLO et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2016; SANTOS, 2016b).

Integrar a educação em saúde às ações da assistência em saúde, além de visar à promoção da saúde, prevenção, controle de doenças e agravos à saúde, capacita os indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde, incentivando a reflexão, o diálogo, a interatividade e a expressão da afetividade, potencializando sua criatividade e sua autonomia, buscando a melhoria da qualidade de vida da população, com excelência de gestão, em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as metas de desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2007b; CHIESA, 2001).

A eficácia na educação em saúde, por vezes, não é alcançada porque essas práticas, equivocadamente, persistem em ser implementadas na perspectiva da transmissão de um saber

ou de uma informação pontual, focada apenas no desenvolvimento de comportamentos ou hábitos saudáveis, onde existe um emissor – profissional da saúde – que representa “o que sabe” e o receptor – os usuários dos serviços – que figuram “os que desconhecem”. Ao diálogo, fundamento dessa relação, não é dada a importância. Assim, são deixadas de lado as situações de risco de cada comunidade e problemas de saúde de grupos sociais específicos com as suas condições reais de vida. Diante disso, o profissional da saúde precisa perceber que a educação é uma dimensão das práticas de saúde e faz parte do processo de trabalho, da transformação de um objeto em um novo objeto, seja este material, ideia, consciência, mentalidade ou um valor (LOPES, 2007; MORIN, 2004).

Nesse sentido, o ato de educar já não pode ser depositar, narrar, transferir, ou transmitir conhecimentos e valores aos educando, mas um ato cognoscente, cedendo lugar para a educação interativa e problematizadora, que sugere a superação da contradição educador-educandos (FREIRE, 2005).

O tipo de modelo/abordagem de educação em saúde utilizada facilita o planejamento das ações, a escolha de técnicas educativas, como também a implementação ou desenvolvimento dos projetos de educação em saúde, ou seja, a abordagem de múltiplos determinantes de comportamentos humanos, experiências e intervenções. Portanto, os processos de elaboração, planejamento, facilitação e avaliação das ações devem permear um estudo dos diversos determinantes inerentes ao público-alvo dentro de uma perspectiva científica (FEIJÃO, 2016, p. 45).

Nessa lógica, é necessário o conhecimento desses modelos para que as atividades de educação em saúde possam ser estruturadas a fim de alcançar os seus objetivos. Contrapondo-se ao modelo tradicional de educação em saúde ou educação bancária, onde o indivíduo se configura apenas como receptor passivo das informações, temos o modelo dialógico de educação em saúde ou modelo popular, onde o saber anterior do educando é ponto de partida do processo pedagógico e existe participação ativa e diálogo constante entre educandos e educadores. Neste último modelo, a aprendizagem surge como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema. Apesar das notórias vantagens do modelo dialógico como a construção coletiva do conhecimento, proporcionar ao educando visão crítica e reflexiva da realidade e empoderá-lo para tomada de decisões, muitos profissionais de saúde se prendem ao método tradicional devido à falta de conhecimento e capacitação (BESEN, 2007; FIGUEIREDO, 2010; FREIRE, 2005).

Diante desse desafio, compreendemos que devemos tomar como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior das classes populares. Na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas, dos movimentos sociais, das organizações populares

nas comunidades, admitindo que um saber é tão válido, no âmbito do diálogo, quanto o saber técnico e nos precavendo para não realizar um movimento de cima para baixo, mas sim um movimento horizontal na educação em saúde. Os profissionais de saúde, os parceiros e a comunidade são sujeitos (atores), que inclinados sobre uma realidade procuram conhecê-la, compreendê-la, desvendá-la e atuar sobre ela para transformá-la. E à medida que isso acontece, os sujeitos se transformam dentro deste processo, os saberes (científico e popular) são compartilhados e não sobrepostos, construindo uma prática educativa emancipatória, galgada no processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal e da comunidade (BRASIL, 2007b; FEIJÃO, 2016).

No processo de implementação de atividades educativas na saúde bucal, temos que ter em mente alguns objetivos a serem alcançados como: ampliar conhecimentos e habilidades, favorecer a análise crítica e a compreensão acerca dos fatores protetores e dos determinantes do processo saúde-doença bucal, reforçar a autoestima e o autocuidado e buscar reduzir a incidência das doenças bucais mais prevalentes como a cárie dentária e minimizar suas sequelas, entre outros. Para isso, devemos realizar uma minuciosa análise de nossa clientela, considerando as peculiaridades de cada fase do ciclo de vida e ainda dos possíveis cenários de atuação. Com a caracterização do grupo, se torna viável perceber suas necessidades educativas (conceitos, valores, conhecimentos, habilidades, atitudes, etc.) para buscarmos os recursos profissionais, didáticos e físicos, a fim de desenvolver o conteúdo, aplicando os métodos e técnicas pedagógicas ou ludo pedagógicas mais adequados para a clientela em questão, visando atingir os objetivos propostos (BARROS, 2007).

Ainda segundo a autora, o enfoque no ciclo de vida nos possibilita estruturar a programação e definir os conteúdos programáticos das ações educativas em saúde bucal, adotando como linhas programáticas a fase específica desse ciclo, porém não podemos assumir uma postura normativa e prescritiva, devemos ter a capacidade de lidar com as singularidades dos indivíduos que atendemos.

A fase mais propícia ao aprendizado de qualquer natureza é a infância, nesse período de vida, as crianças possuem uma rápida capacidade de aprendizagem e são capazes de incorporar e multiplicar o conhecimento aprendido. Desta forma, a promoção de saúde realizada nesse público consegue formar o hábito em saúde, permitindo que essa construção seja ativa (GAIARSA, 2008; KRIGER, 2003; ORTEGA, 2016).

Papalia, Olds e Feldman (2010) descrevem a terceira infância como a terceira etapa do ciclo vital do desenvolvimento humano, que compreende a idade de aproximadamente 6 (seis) a 12 (doze) anos. É considerada uma fase escolar e sociável, onde a pessoa começa a interagir

em seu meio e adquirir novas descobertas e novos conhecimentos, ela aprende em grupos de amigos.

Neste estágio as crianças crescem, precisam se alimentar bem e necessitam de cuidados especiais. Para a saúde bucal, neste período, a criança encontra-se em dentição mista, com dentes decíduos e permanentes e na maioria das vezes já realiza a higiene bucal sozinha, apesar da escovação, neste momento, ainda ser complementada pelos pais ou responsáveis. À medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a higienização sozinha, com os pais/responsáveis supervisionando a escovação. Portanto este é o momento oportuno para a participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal e desenvolvimento de hábitos saudáveis (BRASIL, 2006).

Houve, nas duas últimas décadas, uma melhora no perfil epidemiológico da cárie dentária, principalmente em crianças. Porém, foi verificado em pesquisas nacionais de base populacional que a redução não foi uniforme, sendo que crianças e famílias expostas a dificuldades econômicas e sociais apresentaram maior prevalência de agravos. A diminuição da prevalência da doença cárie em pacientes infantis é resultado do aumento do acesso aos serviços de saúde, dos novos conhecimentos adquiridos pelos profissionais acerca de sua etiologia e dos programas preventivos implementados nos últimos anos no Brasil. As práticas da educação em saúde são fundamentais para a modificação dos hábitos visando à saúde. Assim, a promoção de saúde bucal ainda é um desafio tanto na abordagem individual quanto coletiva, já que a cárie dentária é uma doença crônica passível de ser controlada a partir de medidas educativas. (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011, UCHIDA, 2016).

Chaves e Silva (2002) relatam que, apesar da educação em saúde oral ser uma ferramenta básica e pressuposto fundamental para qualquer ação preventiva específica, está sendo pouco descrita ou considerada nos estudos, possivelmente em decorrência do referencial medicamentoso dominante sobre os mecanismos de determinação e controle da cárie dental.

A promoção da saúde é compreendida como um conceito mais amplo, que envolve a população em seu contexto de vida e determinantes sociais, sendo necessárias intervenções e cooperação intra e intersetoriais para seu alcance, enquanto a educação para a saúde é a troca de conhecimentos com objetivo de estimular a prática de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento em que o indivíduo passa a ser corresponsável pelo seu estado de saúde (BRASIL, 2014; ALMEIDA, 2016; SCHALL, 1999; SANTOS, 2012; SOUZA, 2004).

As ações de educação em saúde são consideradas tecnologias leves, já que proporcionam vínculo, acolhimento, autonomização (SANTOS, 2016b).

É um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de um grupo, em busca da melhoria das condições de saúde, ressaltando que o grupo tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo mudar ou não seu comportamento. Para que a ação educativa se desenvolva e obtenha sucesso, não basta apenas impor normas de como ter mais saúde e evitar doenças e sim realizar a educação em saúde, baseada no diálogo, na indagação e na reflexão, para que assim essa intervenção educativa possa contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida. (MARTINS, 2007, p. 256).

A educação em saúde, para construir a consciência sanitária, deve ser pensada como capaz de desenvolver nas pessoas a noção crítica das causas reais de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar prontidão para atuar no sentido da mudança. Ao resgatar a autonomia de cada sujeito sobre seu próprio corpo e permitir a posse do conhecimento das causas reais do adoecimento, trabalhando a causação biológica e social, buscamos remover o caráter fatalista das doenças, bem como a individualidade da culpa e a noção medicalizada do processo, que implica em consumir a saúde como mercadoria (PETRY, PRETTO, 2003).

Nesse sentido os profissionais da saúde, através do vínculo e responsabilização, se tornam referência nas questões de saúde para os pacientes devendo conduzi-los na construção dessa autonomia, entendendo, respeitando e incentivando o autocuidado através de informações sobre o processo saúde – doença e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde favorecendo o empoderamento dos sujeitos coletivos (BRASIL, 2008; SANTOS, 2016b).

6.2 Saúde bucal na perspectiva da saúde da criança e do adolescente

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), as crianças são caracterizadas pelos indivíduos de 0 a 9 anos e a adolescência compreende os indivíduos de 10 e 19 anos. Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criança é considerada a pessoa de até doze anos de idade e adolescência compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2015).

A partir da década de 20, quando foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, as autoridades públicas, privadas e a sociedade passaram a perceber e se preocupar com o adoecimento infantil, o que estimulou o debate sobre a regulamentação da assistência e proteção aos “menores abandonados” e “delinquentes”. Depois disso, durante todo o século XX, muitas parcerias e projetos visando o avanço na melhoria da saúde das crianças foram propostos, em conjunto e de forma isolada, pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O

surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente é um marco importante nas conquistas desse público, esse documento assegura acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente no SUS (BRASIL, 1990; ARAÚJO, 2014; PEREZ, 2010).

Para esse estudo, que envolve crianças de 9 a 11 anos de idade, vamos considerar os documentos do MS como norteadores.

Como dito anteriormente, essa faixa etária corresponde a um período de transição das chamadas Saúde da Criança para a Saúde do Adolescente. Essa fase é marcada pelo desenvolvimento e início de mudanças graduais importantes para os indivíduos, caracterizadas por alterações psicológicas, emocionais, fisiológicas, sociais e também variações nos hábitos de saúde, que podem expô-los ao risco de adoecimento, sendo necessários profissionais da saúde capacitados para atender e acompanhar de forma humanizada essa população. Porém, essa etapa é muito importante para formação de hábitos e atitudes saudáveis (OLIVEIRA, 2017; TEIXEIRA, 2005). Pereira et al. (2018, p. 12) afirma que “crianças na faixa etária de 7 a 12 anos estão mais susceptíveis à aquisição de novos conhecimentos, possuem uma maior facilidade de aprendizado, proporcionando resultados mais satisfatórios”. E Brasil (2008, p. 53) complementa afirmando que crianças de 2 a 9 anos estão na “faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal”.

Assentindo, o Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006, estabeleceu focos de atenção prioritários, dentre eles, foco no cuidado integral à saúde das crianças, adolescentes e jovens através da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Em consonância, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), instituído pela Portaria nº 1.130 de 05/08/15, orienta que a promoção da saúde e o fomento à autonomia do cuidado devem ser observados na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, desde a gestação até os 09 anos,

considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos. (BRASIL, 2015).

Os eixos estruturantes dessa política orientam a dar atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância, como a cárie, por exemplo, e com doenças crônicas, através do diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes nessa fase da vida (DAMASCENO, 2016).

De acordo com a última pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2010, aproximadamente 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista, apresentando risco aumentado à cárie dentária, em virtude do deficiente controle de biofilme dentário e redução dos cuidados com a escovação dentária (FIGUEIREDO et al., 2014; BRASIL, 2011; GIBILINI et al., 2010).

Sendo que

o biofilme dental é um dos principais fatores etiológicos tanto da cárie como da doença periodontal e seu controle está diretamente relacionado com os hábitos de higiene oral do paciente, sendo muito importante propor ao paciente um programa suficientemente interessante que esteja relacionado com suas necessidades, causando um impacto motivacional. (MORAES, 2011, p. 724).

A situação é mais crítica quando a população escolar de crianças até 12 anos é analisada. Ainda de acordo com a pesquisa, a prevalência da doença cárie aos 5 anos de idade é de 43%. Esse percentual se eleva para 56% aos 12 anos de idade. Nessa perspectiva a motivação minimiza esse problema, mediante a educação e conscientização do paciente e seu núcleo familiar. (BRASIL, 2010; MORAES, 2011).

Apesar da redução da prevalência de cárie, o principal agravamento em saúde bucal, observada na queda dos indicadores ao longo dos anos, o problema se manifesta em diferentes grupos etários na população infantil, a exemplo das com cinco anos de idade, em que menos da metade está livre de cárie. Essa doença em crianças pode evoluir rapidamente causando consequências indesejáveis, tais como dor, infecção, dificuldade em alimentar, estética afetada, isolamento e timidez. Os agravos na saúde bucal têm impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes, levando à dor, ao desconforto e à ausência nas atividades escolares (CANGUSSU, 2016; MARTINS, 2016; NARVAI, 2008, PEREIRA, 2018).

A saúde bucal é indispensável para o pleno desenvolvimento infantil, já que os agravos na cavidade bucal podem causar problemas na nutrição, afetando a capacidade mental e social das crianças afetadas, a exemplo são citadas doenças bucais associadas a sobrepeso, obesidade, baixa estatura e baixo peso para idade (SILVA, 2014).

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004, p. 13) orienta “organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais” e que as “ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional”. Essa inserção na rede de atenção à saúde e seus eixos, deve se dar a partir da Atenção Primária a Saúde – APS, através da

Estratégia de Saúde da Família - ESF, a principal estratégia de vigilância à saúde infantil (DAMASCENO, 2016).

Na ESF, dentre as atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica, está a realização de ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, utilizando abordagens adequadas às necessidades do público. Essas atividades devem, preferencialmente, ser realizadas com grupos nos espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade) e espaços da unidade de saúde (BRASIL, 2017). “As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos” (BRASIL, 2008, p. 33).

A Equipe de Saúde Bucal, nesse contexto, deve agir de forma interdisciplinar e integral, desenvolvendo ações coletivas de promoção, prevenção e proteção da saúde bucal da criança e do adolescente e nas ações individuais cuidar, tratar e reabilitar de forma longitudinal os principais agravos que afetam essa população. Dessa maneira os cuidados devem se iniciar desde a fase intrauterina, passando à saúde bucal do bebê (0-3 anos), posteriormente para as crianças em idade pré-escolar (3-6 anos), seguida pela fase escolar (6 a 12 anos) quando atingem a dentição permanente completa (SILVA, 2014).

Desde o nascimento algumas alterações podem estar presentes na cavidade bucal e à medida que os dentes vão nascendo e sendo trocados, outros agravos podem surgir. Nesse sentido, voltamos a salientar a importância da abordagem holística e multiprofissional, já que algumas vezes a criança poderá estar sendo atendida por outro profissional como o médico, enfermeira ou agente comunitário de saúde (ACS), que ao examinar e perceber alguma condição diferente ou anormal deverá encaminhá-la formalmente para o Cirurgião-Dentista. “No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina” (SILVA, 2014, p.8).

Dentre esses agravos ou condições, podemos citar:

Tabela 1 – Condições ou agravos em saúde bucal por faixa etária

Grupos	Primeiro grupo	Segundo grupo	Terceiro grupo
Público	bebês	crianças em idade pré-escolar	Escolares
Faixa etária	0 a 3 anos	3 a 6 anos	6 a 12 anos
Condições ou agravos	Nódulos de Bohn Cistos de lâminas dentárias	cárie dentária més-oclusões gingivite sangramento gengival	cárie dentária més-oclusões gingivite sangramento gengival

Pérolas de Epstein –	traumatismo dentário	traumatismo dentário
Dentes natais		
Dentes neonatais		
Língua geográfica		
gengivo-estomatite		
herpética		
candidíase bucal		
traumatismo dentário		

Fonte: Adaptado de Silva (2014), Brasil (2004a) e Brasil (2009)

Silva (2014) também orienta que a abordagem, tanto das atividades preventivas, quanto das curativas devem ser pensadas e organizadas de acordo com o momento de vida da criança para que se alcancem o sucesso e a melhora na qualidade de vida. Essa abordagem será esmiuçada nos capítulos posteriores.

6.3 Educação em saúde na escola

Nesse âmbito, as escolas são consideradas os locais ideais para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, por serem espaços responsáveis pelo aprendizado e bem-estar dos alunos. Porém, são necessárias articulações intersetoriais, entre os diferentes setores e atores, principalmente envolvendo o campo da saúde e o da educação para que haja corresponsabilização nesse processo. Para o Ministério da Saúde “o período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2002; CARDOSO, 2008; MONTEIRO, 2015; SANTOS, 2012; SILVA, 2016; VALADÃO; 2004).

Valadão (2004) elenca cinco áreas prioritárias para a promoção da saúde, sendo que quatro dessas se destinam à escola:

- Construção de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes de suporte à saúde;
- Fortalecimento da ação comunitária e;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais.

Ao longo da história, os modelos de educação empregados na área da saúde, se relacionam com as concepções de saúde e educação, com os modelos de atenção em saúde,

problemas de saúde e interesses políticos da época em que foram desenvolvidos (SILVA, 2010a).

Na visão higienista ou sanitaria, na segunda metade do século XIX, a educação em saúde era fundamentada na pedagogia tradicional, se dava de forma vertical, de forma autoritária, voltadas para a elite e sem a contribuição da comunidade escolar. Suas ações, realizadas por educadores sanitários e professoras, consistiam na transmissão vertical de conhecimentos através de palestras informativas, instrução de higiene e hábitos saudáveis, fiscalização do exercício físico escolar, prevenção de doenças transmissíveis, vigilância higiênica, inspeção médica individual de alunos, inicialmente com as crianças, nas escolas, para posteriormente alcançar os adultos. Os participantes não participavam das decisões, recebiam passivamente as informações do educador e nesse modelo imposto, não estava prevista a mudança no padrão do programa preventivo (JUNIOR, 2003; SILVA, 2016; VASCONCELOS, 2001).

No final do século XIX e início do século XX, a educação em saúde começa a ser estendida para a população mais carente, com abordagem na higiene e intenção de conter epidemias de doenças como a febre amarela, varíola e peste. O modelo campanhista deu corpo às práticas autoritárias e de controle, mais uma vez seguindo o modelo verticalizado. A relação entre as doenças e os determinantes sociais era desconsiderada (SILVA, 2010a).

Com o desenvolvimento das ciências surge o modelo biomédico que, apesar de dar enfoque nas ações de recuperação e reabilitação da doença em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde, trouxe contribuições importantes no processo de educação em saúde. Através desse modelo, centrado na doença, as atividades de educação em saúde passaram a se fundamentar na explicação unicausal das patologias e biologicismo, com o objetivo de desenvolver hábitos saudáveis de higiene pessoal, alimentação e prática desportiva. Porém, o processo ainda se mantinha fragmentado e sem levar em conta os determinantes e condicionantes em saúde (CUTOLO, 2006).

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, esses componentes passaram a ser considerados no processo de saúde doença e na reorganização do modelo de atenção, mais do que tratar doenças, era necessário integralizar as ações, buscar parcerias, universalizar o serviço e visar à promoção, proteção e recuperação da saúde (ANDRADE, 2004; CUTOLO, 2006).

No final da década de 80, como iniciativa internacional, surgiam as Escolas Promotoras da Saúde, propondo a mudança de conceito e métodos, com uma abordagem inclusiva e qualidade de vida, focando a “promoção, com participação e construção coletiva,

no exercício de empoderamento da comunidade e autonomia dos sujeitos, que com habilidades teriam mais saúde”, segundo Silva (2016, p. 1783). Através da implementação de ações de promoção da saúde, com ações educativas e procedimentos de diagnóstico de distúrbios auditivos, visuais, nutricionais e de postura, compreendendo a saúde escolar de forma intersectorial no âmbito da saúde e da comunidade, surgiriam ambientes e práticas saudáveis para a comunidade escolar e para os escolares. Essa estratégia foi oficializada pela Organização Pan-Americana da Saúde em 1995, envolvendo os países da América Latina e do Caribe (BRASIL, 2007a; CARDOSO, 2008; SILVA, 1997; VALADÃO, 2004).

Simultaneamente, houve a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, e posteriormente, em 1994, a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), promovendo o avanço e mudanças nas atividades de educação em saúde, que de um modelo sanitário, impositor, de práticas higienistas que enfatizavam os aspectos biológicos e individuais, evoluiria para um modelo amplo voltado para a promoção da saúde coletiva e proteção do meio ambiente, embasado no avanço do conhecimento técnico-científico na saúde (CARDOSO, 2008; SILVA, 2010a).

Perante a importância do espaço escolar na promoção da saúde, em 1997, os Parâmetros Curriculares Nacionais para a educação fundamental (PCN) colocaram o ensino da saúde como atividade integrada e tema transversal no cotidiano da vida escolar, com o objetivo de ampliar a visão e abordagem da saúde e capacitar os estudantes, desenvolvendo competências para que pudessem conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida, agindo com responsabilidade e de forma crítica em relação a sua saúde e à saúde coletiva, envolvendo a família e a comunidade (BRASIL, 1997; GRACIANO, 2015; FERNANDES, 2005; VALADÃO, 2004).

A aprovação da política nacional de promoção da saúde, em março de 2006, afirma que a promoção da saúde deve ser entendida como uma estratégia para fomentar a qualidade de vida, e auxiliar na redução das vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população. (CARDOSO, 2008, p.108).

Assim, em 2007, foi instituído o Programa Nacional de Saúde na Escola – PSE, como uma estratégia de articulação permanente e horizontal, entre as políticas e ações da rede básica de educação e saúde, com vistas à integralidade dessas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal e toda a população escolar (crianças, adolescentes,

jovens e adultos), com o propósito de intervir a favor da formação integral dos estudantes da rede pública de educação, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, através do reforço à prevenção dos agravos à saúde, o que na maioria das vezes, envolve a aquisição de novos conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007b; GRACIANO, 2015).

Apesar do potencial da implementação de estratégias integradas visando à promoção da saúde nas escolas, existem muitos desafios nesse cenário. Dentre essas dificuldades podemos apontar a formação e qualificação continuada dos docentes, frágil participação do setor da saúde, tempo escasso tanto dos profissionais da educação, quanto os da saúde para executarem as atividades, dificuldades de interlocução entre saúde e educação, pouco envolvimento e integração da família no contexto e demandas escolares. Na verdade, ainda persistem atividades com estratégias de ensino tradicionais, desarticuladas e pontuais que distorcem as propostas da saúde escolar (BRASIL, 2002; FARIA, 2004; GONÇALVES, 2008). O estudo de Fernandes (2005), por exemplo, apontou que as escolas não se sentiam responsáveis pela prática da saúde em seus ambientes e acabavam por reproduzir o paradigma assistencialista, priorizando o indivíduo e a doença, em detrimento da coletividade e da prevenção, refletindo a formação dos educadores e a maneira como foram preparados para trabalhar.

As metodologias utilizadas devem priorizar a participação e interação dos atores do processo, pois a análise de como pensam e agem as crianças de determinada localidade facilita a identificação dessa realidade, norteando as políticas públicas saudáveis (CARDOSO, 2008, p.108)

Ainda hoje o que se observa é uma sobreposição entre os novos e antigos paradigmas e condutas. Nessa perspectiva, é preciso ir além, é necessária uma potente rede de apoio que envolva e promova a interação entre os setores governamentais, não governamentais e a comunidade, agregando troca de saberes e experiências nas ações na área da saúde, pautadas em práticas pedagógicas problematizadoras, a fim de evitar a repetição de concepções e condutas. Para Corrêa (2015, p. 15) “é necessária uma relação dialógica, através da comunicação emancipadora, onde os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa, construtiva e criativa, levando em consideração a reconstrução do saber e do fazer”. Profissionais de saúde, professores, pais e responsáveis precisam compreender as necessidades das crianças e adolescentes, além de buscar interagir nos grupos de trabalho para a formatação dos serviços de acordo com necessidades e demandas identificadas na escola e

comunidade em prol de influenciar positivamente e atuar junto formando multiplicadores de saúde.

Nessa perspectiva, são necessárias práticas educativas inovadoras que levem em consideração o conhecimento prévio dos indivíduos, que perpassem por seu cotidiano, que os motivem, que transformem a consciência, a rotina, que os coloquem como protagonistas ativos nesse processo de educação em saúde. É fundamental que o sujeito se sinta parte, que construa junto, é ser sujeito e ator. Essas práticas serão abordadas no próximo capítulo.

6.4 Práticas de educação em saúde bucal

Conforme o conceito ampliado de saúde, que leva em consideração os fatores determinantes ou condicionantes e o modo de viver das pessoas, é possível observar inúmeros e diversos modelos e práticas de educação em saúde, dentre esses, alguns se resumem em atividades reducionistas que não integram e não permite a participação ativa dos sujeitos (BUSS, 2003).

As ações coletivas em Saúde Bucal são estratégias para a melhoria das condições de saúde bucal da população, sendo desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, por meio de procedimentos realizados em determinados espaços sociais com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde através da educação (VASCONCELOS, FRATUCCI, 2013, p. 5)

Logo, a educação em saúde bucal é o processo pelo qual as pessoas ganham conhecimento, se conscientizam e devem desenvolver habilidades necessárias para alcançar a saúde bucal. A educação em saúde bucal supõe considerar a possibilidade de empoderamento dos sujeitos para alcançar e manter a saúde bucal, por meio de práticas de autocuidado. Para isso, a ação educativa deve partir da necessidade desses sujeitos (SILVA, 2014).

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde bucal não devem ser mera forma de transmissão vertical de informações. As orientações necessárias a cada grupo educativo devem ser realizadas por meio de abordagens metodológicas lúdicas que promovam o desenvolvimento das capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, permitindo aos sujeitos identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções para a proteção da saúde pessoal e coletiva e principalmente aplicar os conhecimentos adquiridos (GARBIN et al., 2006; SANTOS, 2012).

A idade escolar (6 a 12 anos) é considerada a faixa etária ideal para a participação em programas educativo preventivos

com atividades lúdicas para as crianças até 9 anos e atividades de jogos para as de 12 anos. Tais atividades podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal em espaços coletivos além da escola, como associações comunitárias, escolinhas de futebol, grupos de crianças em congregações religiosas e outros. Na fase da pré-adolescência (9 - 12 anos) a equipe de saúde deve consolidar a importância do autocuidado da saúde bucal e ressaltar hábitos nocivos à saúde como os riscos do álcool e fumo para a saúde geral e que podem causar mau hálito, mancha nos dentes, doença de gengiva e câncer bucal (SILVA, 2014, p. 22).

O termo lúdico tem origem na palavra de origem latina *ludus* que significa jogo. Atualmente, após a psicofisiologia do comportamento humano, esse significado adquiriu outras dimensões além do brincar e está intimamente relacionado ao desenvolvimento infantil e aquisição de novos conhecimentos através do processo de ensino-aprendizagem (ALMEIDA; CASARIN, 2002; CORDAZZO, 2007; TRISTÃO, 2010).

Nas estratégias lúdicas, muito utilizadas no processo de ensino-aprendizagem, o relevante é a maneira de reagir ao momento vivido. Cordazzo (2007, p. 122) informa que “um dos itens que caracterizam a brincadeira é a ênfase no processo e não necessariamente no produto da atividade”. Outra característica importante nesse processo de aprendizagem ativa é permitir à criança momentos de fantasia e de realidade que se complementem, favorecendo o autoconhecimento e o entendimento sobre o outro. Assim, as brincadeiras oportunizam uma maior interação com o meio, possibilitando uma relação entre a realidade pessoal e a realidade externa (BRUHNS, 1996; EMERIQUE, 2003).

Diante dessa perspectiva, surge a educação em saúde como campo de prática e conhecimento preocupando com a relação entre a ação de saúde, o pensar e o fazer do dia-a-dia da população. São campos com problemáticas comuns e que se entrelaçam nos científicos e populares. São ações e práticas que devem ocorrer à luz da interdisciplinaridade, que aparece, segundo Thiesen (2008), como movimento importante de articulação entre o ensinar e o aprender.

Essas ações podem ser realizadas com grupos específicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no domicílio ou em outros espaços comunitários como nas creches e escolas. Entretanto, vale à pena ressaltar que em certas circunstâncias, a exemplo da criança, apesar do empenho dos profissionais, as ações de promoção de saúde requerem participação ativa de seus familiares. O desenvolvimento do autocuidado na infância encontra-se fortemente

associado e dependente da participação dos seus responsáveis (MOURADIAN, 2001; LIMA et al., 2011).

Devido às crianças apresentarem hábitos e conhecimentos insatisfatórios para a manutenção da sua saúde bucal, o apoio da família e das pessoas que acompanham seu desenvolvimento social são fundamentais nesse processo de formação e educação em saúde. Uma abordagem familiar promove uma participação ativa no controle dos agravos na saúde bucal, contribuindo nesse processo de aprendizagem e desenvolvimento físico saudável dos indivíduos (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2013; PEREIRA, 2018). Raposo e Júnior (2008) defendem que a criança deve ser atendida em todo contexto sócio histórico, no qual desenvolverá atividades que contemplam o desenvolvimento fisiológico, biológico, físico, social, da aprendizagem e do psicológico, daí a importância do contexto familiar.

Assim, faz-se necessário que o processo educativo se estenda aos pais e familiares, para que estes sejam participantes da motivação na inserção e perpetuação de hábitos saudáveis. Como responsáveis pelas crianças e agentes primários de socialização e cuidados em saúde, a influência do seu grau de conhecimento e práticas em saúde tem sido estudada como fonte de perpetuação desse conhecimento nas crianças. As crianças desenvolvem o hábito saudável de escovação, por exemplo, seguindo o modelo de seus pais, assim como o hábito deletério do consumo de açúcar dos mesmos (PAUNIO et al., 1994; MACIEL et al. 2001, MIALHE, 2017).

Dentro do contexto familiar, observa-se que a mãe é a principal encarregada pelos cuidados com os filhos, inclusive verificando o que a criança come e bebe, quando dorme e o que veste. Quando a criança adoece, geralmente é ela quem leva ao serviço de saúde, adotando as medidas preventivas ou curativas necessárias, de acordo com o seu saber médico, mas também em conformidade com o seu saber e experiência de vida (DYTZ, 2000). Em relação à manutenção da saúde bucal das crianças, a mãe é considerada peça principal neste processo através do estabelecimento de hábitos alimentares e de higiene bucal e geral, adequados ou não. Portanto, observa-se que seu padrão de saúde bucal tende a ser perpetuado em seus filhos (ADAIR et al., 2003, COUTO et al., 2000; AQUILANTE et al., 2002; MATTILA et al., 2005).

Muitas das atitudes negativas dos pais ou familiares em relação à saúde dos filhos estão relacionadas à falta de informação sobre como cuidar de forma adequada de sua própria saúde (ALVES et al., 2004; JACKSON, 2006). Em seu estudo, Garbin et al. (2009) aponta que 90% dos pais informaram ter aprendido cuidados sobre saúde bucal com seus filhos que participavam de programas de prevenção nas escolas. Esse dado evidencia que além de

adquirirem o conhecimento para seu autocuidado, os escolares passam a ser agentes promotores de saúde.

O envolvimento da família nas questões da saúde de suas crianças representa relevante estratégia social no sentido de permitir o fortalecimento de vínculos, corresponsabilidade pela saúde e pelo desenvolvimento de hábitos e comportamentos que realmente favoreçam o autocuidado, a recuperação e a manutenção da saúde bucal (ALVES et al., 2011). Criança, cuidador e grupo familiar, na maioria das vezes, vivem no mesmo ambiente e seguem o mesmo costume relacionado aos cuidados de saúde (LIMA et al., 2011).

Alguns autores indicam que o ambiente escolar é o mais favorável para o desenvolvimento de programas de saúde, pois possuem crianças em idades que ajudam a memorizar medidas preventivas, como hábitos de higiene bucal, que são fixados durante a infância e ainda estar incumbido da formação de condutas e princípios (ALMAS et al., 2003; VASCONCELLOS et al., 2001; SANTOS, 2012).

Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas/didática e de seu relacionamento psicológico com os escolares, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis ao adaptar e repassar as informações no contexto escolar. As ações de saúde bucal (educativas e preventivas) realizadas de forma permanente promovem o vínculo com as crianças e suas famílias. O vínculo, por sua vez, abre caminho para as ações de educação em saúde realizadas em outros espaços e inclusive pode facilitar o condicionamento da criança, mesmo quando esta precisa de intervenções clínicas mais invasivas (BRASIL, 2009; GARBIN et al., 2006; CARDOSO, 2008).

Para Silva (2014) as atividades educativas da saúde bucal para crianças devem ser planejadas didaticamente a partir das características comuns de cada fase, pois o trabalho em grupo é considerado uma importante ação coletiva de educação em saúde, além de possibilitar a conversa, a troca de experiências e conhecimentos entre pessoas que vivenciam as mesmas situações. A autora recomenda que para uma melhor organização e eficácia, as ações educativas em saúde bucal devem ser realizadas em divisões por grupos de faixas etárias.

Tabela 2 - Proposta de ações educativas em saúde bucal por faixa etária

Grupos	Primeiro grupo	Segundo grupo	Terceiro grupo
Público	bebês	crianças em idade pré-escolar	escolares
Faixa etária	0 a 3 anos	3 a 6 anos	6 a 12 anos

Propostas	<p>importância da amamentação para a saúde bucal; importância da alimentação (mamadeira, introdução do açúcar); higiene bucal; erupção dentária (dentes decíduos); hábitos bucais deletérios (chupeta, sucção de língua, sucção digital); traumatismos dentários; ida ao consultório odontológico; uso de fluoretos com segurança.</p>	<p>alimentação (consumo do açúcar); higiene bucal (técnica de escovação correta e uso do fio dental); retirada dos hábitos bucais deletérios; erupção dentária (primeiros molares permanentes); traumatismos dentários (diversões); ida ao consultório odontológico; uso de fluoretos com segurança.</p>	<p>alimentação (consumo do açúcar e suas próprias decisões); higiene bucal (técnica de escovação correta, uso do fio dental e autonomia para realizar os procedimentos); erupção dentária (dentição mista); traumatismos dentários (esportes); ida ao consultório odontológico (saúde periodontal); uso de fluoretos (segurança).</p>
Atividades	<p>Bonecos avulsos tipo fantoches, blocos de montar e exibição de desenhos animados de curta duração para crianças com idade</p>	<p>Teatros, fantoches, desenhos, pinturas, bonecos, quebra-cabeça, amarelinha, blocos de montar e exibição de desenhos animados de curta duração</p>	<p>Desenhos, teatro, jogos, jogos digitais, filmes, séries, animes, fazer experiências como um minilaboratório, uso de macro modelos</p>
Local na UBS	<p>hall de espera de consultas pediátricas e consultas de pré-natal; dependência de acompanhamento do crescimento infantil (antropometria); sala de vacinação; campanhas de vacinação; ações educativas programadas com mães/pais de filhos de 0 a 3 anos.</p>	<p>hall de espera de consultas pediátricas; dependência de acompanhamento do crescimento infantil (antropometria); sala de vacinação; campanhas de vacinação; ações educativas programadas com mães/pais de filhos de 3 a 6 anos.</p>	<p>hall de espera de consultas; ações educativas planejadas.</p>
Local na comunidade	<p>grupos religiosos; equipes comunitárias; creches.</p>	<p>grupos religiosos; equipes comunitárias; creches; escolas regulares e esportivas.</p>	<p>grupos religiosos; equipes comunitárias; escolas regulares e esportivas.</p>
Pessoas	<p>família e/ou</p>	<p>família e/ou cuidadores,</p>	<p>família e/ou cuidadores,</p>

envolvidas	cuidadores.	crianças e a comunidade escolar.	crianças e a comunidade escolar.
-------------------	-------------	----------------------------------	----------------------------------

Fonte: Adaptado de Cota (2017), Silva (2014) e Venâncio (2011).

Através de atividades que estimulem a capacidade individual (prática de atividades criativas, como desenhos, cartazes, esculturas, dramatizações) é possível certificar-se de que os pacientes podem aprender sozinhos, fora do momento educativo, buscando esclarecimentos em bibliotecas, livros, revistas, folders, ou em conversas com outros profissionais (PETRY, PRETTO, 2003; SANTOS, 2012).

A aprendizagem deve ser ativa, ou seja, a informação recebida deve ser posta em prática; além disso, deve-se exercitar a técnica (higiene bucal supervisionada) e os conteúdos que a fundamentam, por meio da formulação de questões e da solução de problemas (PETRY; PRETTO, 2003).

A parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é um importante avanço para as ações de saúde bucal, considerando que sua relação de proximidade com as famílias abre caminho para as ações de educação em saúde. Através de atuações direcionadas principalmente a pais e cuidadores, o trabalho dos ACS ajuda a preencher uma importante lacuna das atividades realizadas nas escolas, a dificuldade de envolver a família nos cuidados com a saúde bucal da criança (PINTO, 2010).

Considerando as ações de saúde bucal da criança, a atuação do ACS pode ocorrer através da visita domiciliar ou da participação nas demais atividades coletivas. A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Em cada domicílio vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. Neste sentido, a visita domiciliar representa, além de mais um campo para as ações educativas em saúde bucal, a busca ativa de crianças para os grupos educativos nas ações da unidade e atendimento clínico. As visitas podem ser programadas ou de acompanhamento (BRASIL, 2009).

Morano Júnior et al. (2007) ainda defendem que deve haver uma maior aproximação entre a educação e a odontologia, para que futuros profissionais da educação sejam capacitados a atuarem como agentes multiplicadores de saúde bucal, junto à comunidade escolar.

7. METODOLOGIA

7.1 Metodologia da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, em que foram entrevistadas crianças com idades entre nove e onze anos, matriculadas no 4º e no 5º ano da Escola Santa Luzia, localizada no Município de Araguaína, Tocantins, Brasil.

A opção pela referida escola deu-se, especialmente, por ela estar em área geográfica descoberta pelas Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, no período da escolha do local. Nesse sentido, acredita-se que a implementação das atividades propostas nesse estudo poderá colaborar para proteção e promoção da saúde bucal das crianças e família dessa região.

A Escola Municipal Santa Luzia possui, no total, 130 alunos, distribuídos em turmas de ensino fundamental (1º ao 5º Ano), nos períodos matutino e vespertino. Na carga horária destinada a “Saúde do Escolar” são realizadas atividades educativas propostas por diversos atores sociais (Unidades de Saúde, Ministério da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, entre outros).

A pesquisa recebeu parecer aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 2.329.420, CAAE número 69847417.2.0000.0014(Anexo -A) e foi realizada durante todo o primeiro semestre de 2018. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e junho.

7.2 Procedimentos Metodológicos

Nessa pesquisa, foram entrevistadas crianças de nove a onze anos de idade. A opção por essa faixa etária se deu por tratar-se do período da dentição mista, em que ocorrem as trocas dentárias, e a criança deve ser estimulada a realizar ela mesma sua higiene bucal, o que contribui para a sua autonomia (SILVA, 2014).

Segundo (SILVA, 2014, p. 26), a partir dos 9 anos a criança já pode assumir a responsabilidade pela sua higiene bucal, inclusive pelo uso do fio dental, porém o envolvimento dos pais na supervisão dessa escovação ainda é indispensável. Até completar 12 anos, recomenda-se que os responsáveis, além de acompanhar a higiene bucal, devem reforçar a importância do autocuidado em saúde bucal.

No mês de janeiro de 2018, foram enviados, semanalmente, comunicados (APÊNDICE A) aos responsáveis das 56 crianças matriculadas no 4º e o 5º ano da escola. Esses comunicados continham informações relacionadas à pesquisa e seus objetivos, e solicitava a autorização para a participação da criança na pesquisa. Nesse mesmo mês foi entregue, a cada familiar responsável pela criança, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) para que autorizassem a participação na pesquisa. Também foi informado que, nesse mesmo mês, cópias impressas do TCLE, contendo informações relacionadas à pesquisa, estariam disponíveis na secretaria da escola, para apreciação/consulta/leitura, e que somente participariam da pesquisa crianças em que o familiar/responsável assinasse o referido termo de autorização/consentimento, e o entregassem na secretaria da escola. Uma via do TCLE, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, foi disponibilizada ao familiar/responsável da criança.

As crianças, cujos responsáveis autorizaram a participação nessa pesquisa, foram convidadas para quatro atividades: 1. Responder a entrevista sobre saúde e cuidados com a higiene bucal (APÊNDICE C); 2. Participar em dois momentos, cada um com duração de aproximadamente duas horas, de atividades educativas lúdicas, direcionadas a saúde e cuidados com a higiene bucal; 3. Participar da construção de material educativo sobre saúde bucal, realizada em dois encontros, cada um com duração de aproximadamente uma hora); 4. Novamente responder a entrevista sobre saúde e cuidados com a higiene bucal (APÊNDICE C).

Todas as atividades foram realizadas no ambiente escolar, em espaço privativo e confortável, nos horários reservados pela escola à “Saúde do Escolar”, previamente acordados e autorizados pela Direção da Escola.

As atividades foram conduzidas por uma coordenadora (odontóloga, pesquisadora responsável), e por quatro auxiliares de pesquisas (acadêmicos do curso de odontologia do Centro Universitário – ITPAC, Campus Araguaína), devidamente treinados para tal finalidade.

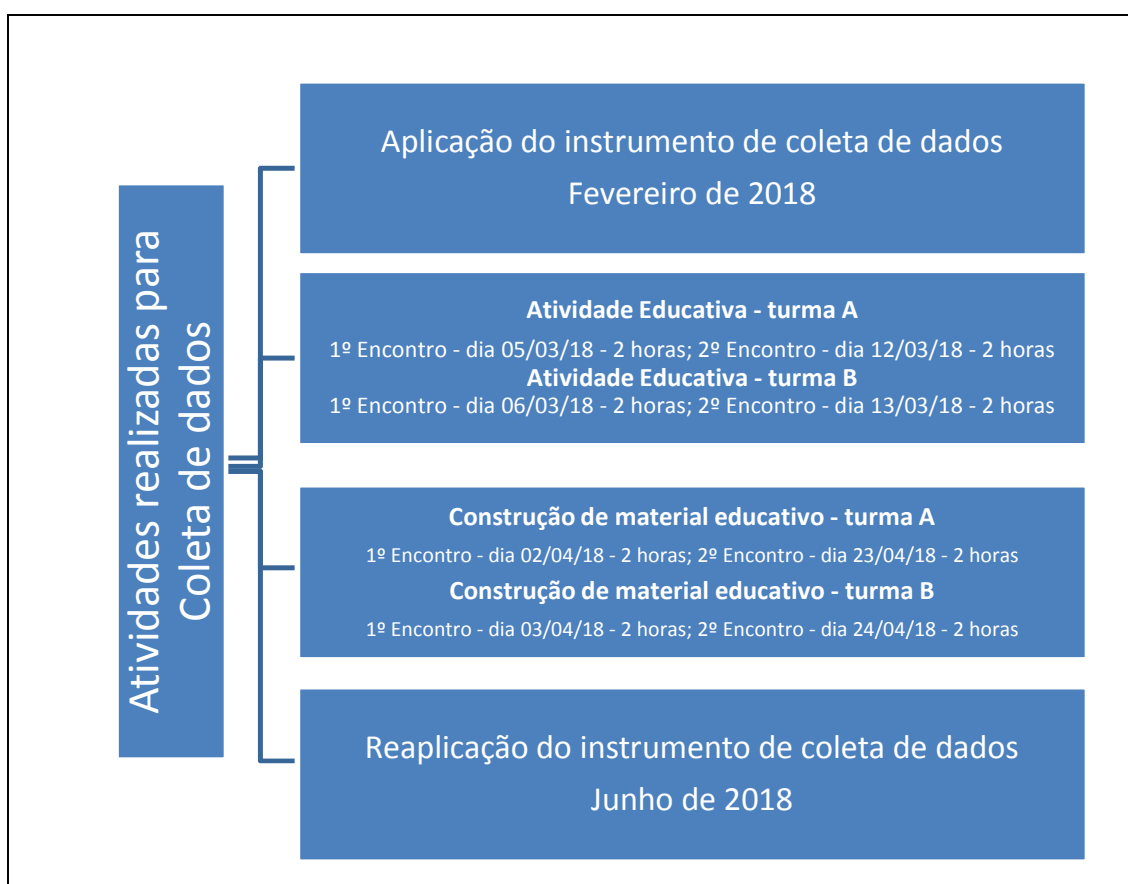
Considerando a faixa etária estabelecida para este estudo, participaram crianças cursando o 4º e o 5º ano da referida escola, totalizando 43 crianças. Ao todo, oito crianças não foram autorizadas, por seus responsáveis, para participarem da pesquisa e cinco crianças faltaram em um dos dias de aplicação do instrumento de coleta de dados.

As crianças, cujos responsáveis não autorizaram a participação nessa pesquisa, foram convidadas para participar das atividades 2 e 3, que serão descritas posteriormente, todavia suas contribuições foram desconsideradas.

7.2.1 Descrição das atividades realizadas na pesquisa para coleta de dados.

Para coleta de dados serão realizadas quatro atividades (figura 1), descritas abaixo.

Figura 1. Descrição das atividades realizadas na pesquisa para coleta de dados



Atividade 01 - Aplicação do instrumento de coleta de dados às crianças matriculadas no 4º e 5º ano da Escola Santa Luzia.

No mês de fevereiro de 2018, a pesquisadora responsável e quatro auxiliares de pesquisa frequentaram a Escola Municipal Santa Luzia, localizada no Município de Araguaína, TO, Brasil, para aplicação do instrumento de coleta de dados. Para tanto, foi realizada entrevista individual, do tipo semiestruturada, gravada em mídia digital e posteriormente transcrita pela pesquisadora responsável. As entrevistas ocorreram em horários previamente acordados e autorizados pela Direção da Escola e autorização do

familiar responsável. Essa etapa foi realizada nas dependências da escola, em sala privativa com conforto e a privacidade necessários para o momento.

O instrumento de coleta de dados contemplou questões relacionadas ao perfil da população - gênero e idade da criança; percepção global da saúde bucal; conhecimento sobre saúde bucal envolvendo etiologia, patogenia, controle da cárie e instrução sobre higiene bucal (APÊNDICE C).

Atividade 02 - atividades educativas lúdicas, direcionadas a saúde e cuidados com a higiene bucal

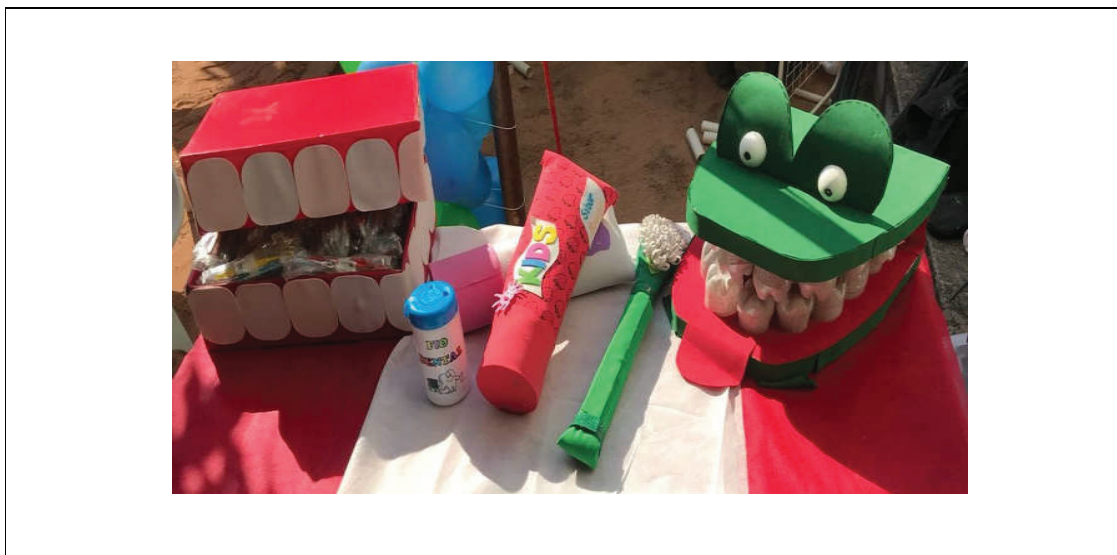
Em março de 2018, a pesquisadora responsável e quatro auxiliares de pesquisa realizaram duas atividades educativas lúdicas, direcionadas a saúde e cuidados com a higiene bucal, para as crianças. Destaca-se que cada atividade foi realizada semanalmente e separadamente, com as turmas do 4º e 5º ano, de modo que não excedesse o total máximo de 30 alunos por encontro, favorecendo o contato olho a olho, e o compartilhamento de orientações, informações e experiências, como recomendada em atividades grupais (OLIVEIRA, 2013).

Cada encontro teve a duração de, aproximadamente, duas horas, e o tema saúde e cuidados com a higiene bucal foi abordado por meio de técnicas lúdicas (teatro com fantoches, uso de bonecos para demonstração de escovação bucal, rodas de conversa, desenhos para colorir, jogos entre outros) que, favoreceram o diálogo, a participação, a interatividade e a reflexão dos presentes.

No primeiro encontro foi realizado o reconhecimento dos educandos participantes, cada um foi convidado a construir um crachá que melhor o representasse. Para isso, foram disponibilizados papéis coloridos, lápis, pincéis, tesouras, cola, fitas coloridas, entre outros. Posteriormente, cada um se apresentou, dizendo nome, idade, e outras informações que julgaram pertinentes.

Em seguida, a pesquisadora, utilizando macromodelo da dentição decídua e outro de dentição permanente, confeccionados a partir de garrafas pet e EVA (Fig.1), apresentou, aos presentes, informações acerca das diferentes dentições, agentes etiológicos da cárie, doenças dentárias, alimentação saudável entre outras. Também foram usados fantoches, visando tornar o ambiente mais lúdico e estimular a participação dos alunos, para o compartilhamento de experiências e de dúvidas.

Figura 2. Materiais lúdicos produzidos pelas pesquisadoras, utilizados para atividades de educação em saúde sobre higiene dental.



Para encerrar, as pesquisadoras solicitaram que cada criança elaborasse um desenho/esquema/texto que representasse as informações apreendidas no encontro (Fig.2 e Fig.3). Para este momento foram necessários aproximadamente 30 minutos. Para tanto, foram disponibilizados papéis coloridos, lápis, pincéis, tesoura, cola, fitas coloridas, entre outros. Em seguida, as pesquisadoras encerraram o encontro e se colocaram à disposição para as dúvidas. Os crachás foram recolhidos para serem usados no próximo encontro.

Figura 3. Criança elaborando desenhos sobre saúde bucal

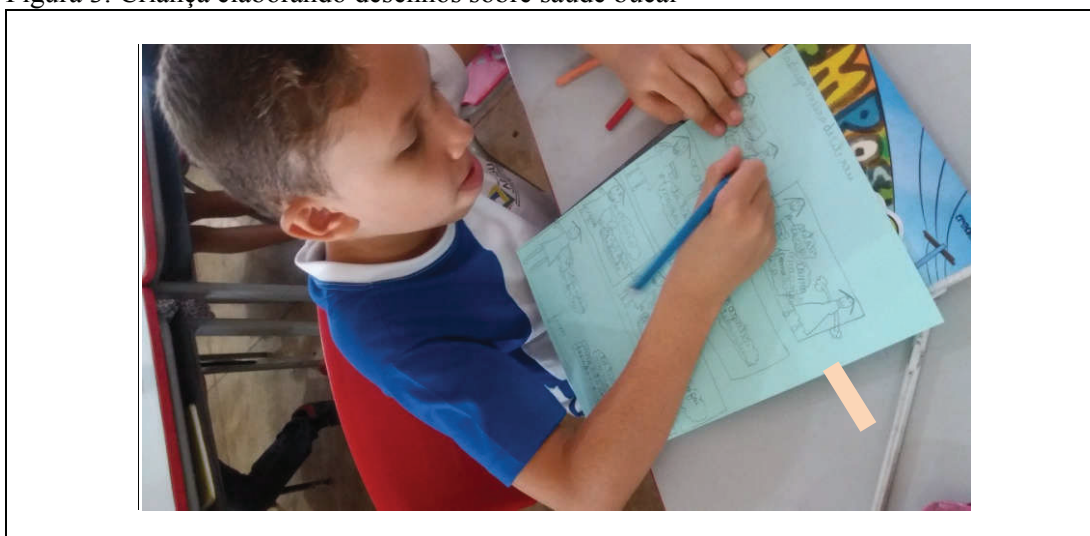
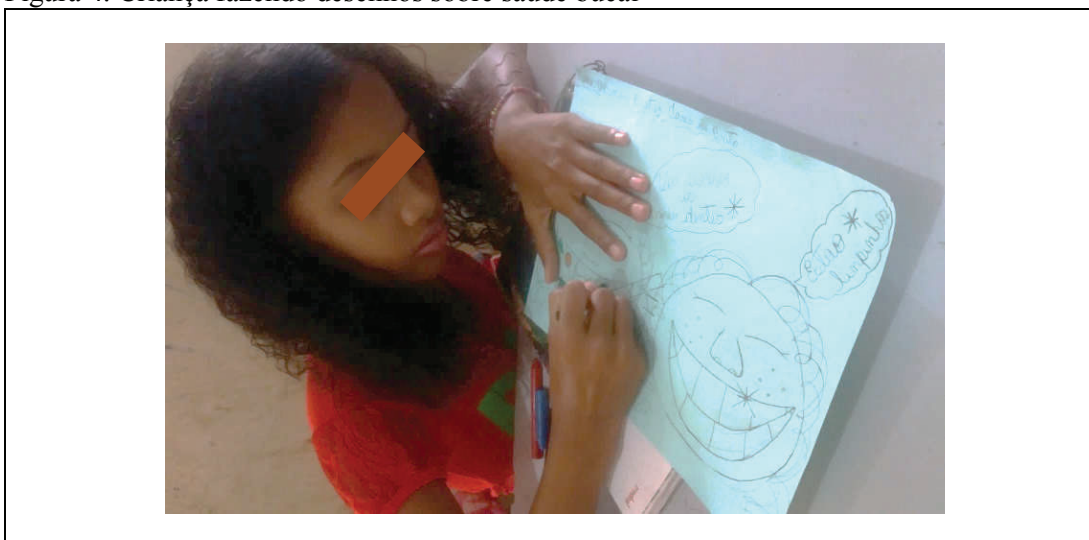


Figura 4. Criança fazendo desenhos sobre saúde bucal



No segundo encontro, na semana seguinte, as crianças foram acolhidas pelos pesquisadores e receberam seus respectivos crachás. Em seguida, utilizando-se de fantoches e outras ferramentas (macromodelo de dentição permanente, fio dental, escova de dente, creme dental, entre outros), os pesquisadores realizaram demonstração de como e quando deve ser realizada higiene bucal (Fig.4 e Fig.5). Posteriormente, as crianças foram convidadas a realizar o “Jogo de caça palavras” (APÊNDICE D). Ao concluir o jogo, foi oferecido a cada criança uma unidade de bolacha recheada, em seguida foi solicitado que as crianças, com a ajuda de um espelho visualizassem as resíduos da bolacha em seus dentes, na sequência foi distribuído um Kit Escovação, contendo escova de dente, creme dental e fio dental para cada criança e foi solicitado que as crianças realizassem escovação dental supervisionada e orientada pelos pesquisadores(Fig.6 e Fig7).

Destaca-se que todas as crianças receberam auxílio dos pesquisadores na atividade e receberam o Kit Escovação. Nesse momento, as dúvidas foram esclarecidas e as condutas de escovação inadequadas corrigidas. Ao retornar à sala de aula as crianças foram convidadas a comer um pedaço de maçã e na sequência foi pedido que elas novamente observassem seus dentes com o auxílio do espelho e discorressem sobre as diferenças nos dentes após comer a bolacha e após comer a maçã.

Em seguida apresentou-se, às crianças, informações relacionadas à cariogenicidade dos alimentos e se reforçou a importância de uma higiene adequada. Posteriormente, as pesquisadoras encerraram o encontro e se colocaram à disposição, caso houvessem dúvidas. Os crachás foram recolhidos para serem usados no próximo encontro.

Pontua-se que não foi objetivo desse estudo identificar agravos e realizar tratamento odontológico das crianças participantes. Todavia, quando qualquer necessidade de intervenção odontológica foi observada, tais como nas situações de cárie, foi enviado comunicado impresso aos responsáveis pela criança, informando sobre tal situação e a possível necessidade de tratamento odontológico, com referência à Unidade de Saúde da Família, haja vista que nessa fase da pesquisa a região em que a escola está inserida passou a contar com cobertura de equipe de saúde da família.

Figura 5. Atividade lúdica com macro modelo da dentição decídua apresentando os agentes etiológicos da cárie



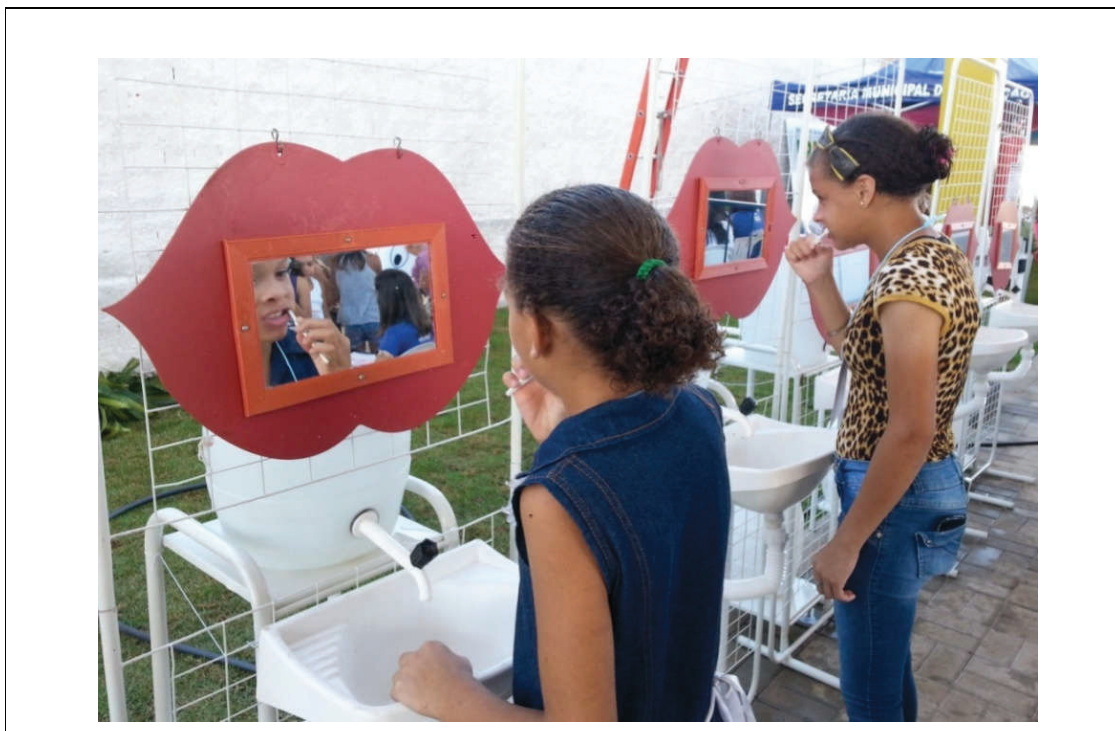
Figura 6. Atividade lúdica de orientação de escovação dental



Figura 7. Alunos do quarto ano da Escola Santa Luzia em atividade de escovação dental



Figura 8. Escovação dental supervisionada



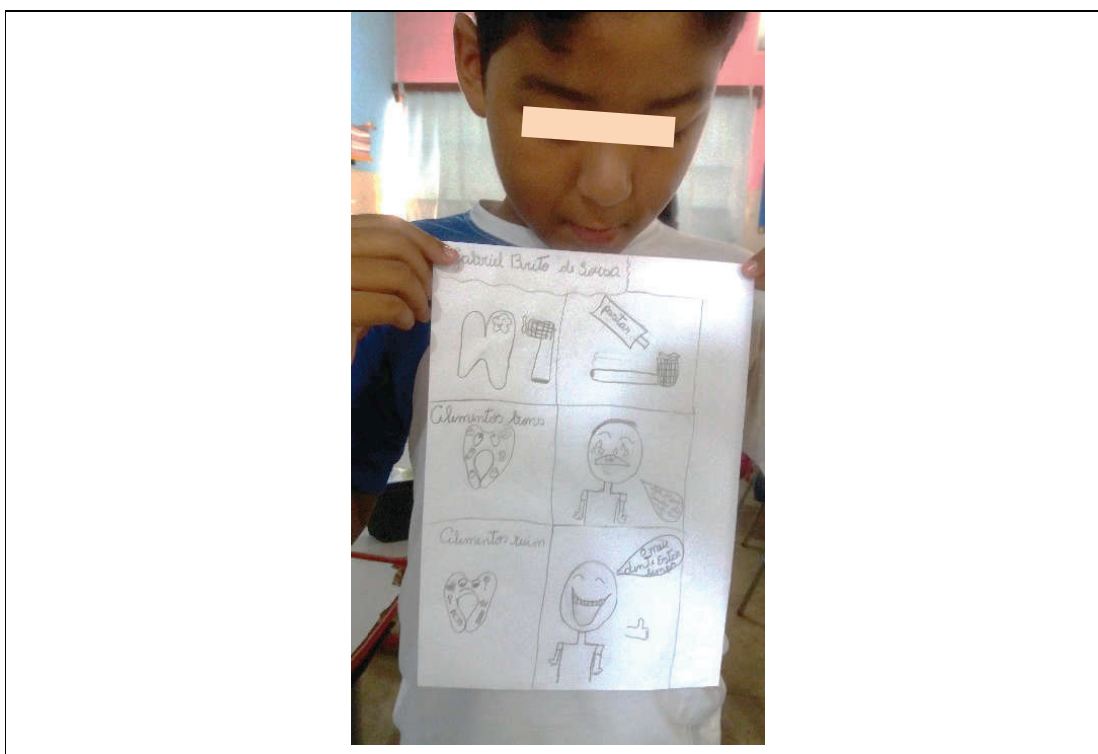
Atividade 03 - Construção de material educativo sobre saúde bucal

No mês de abril de 2018, a pesquisadora responsável e quatro auxiliares de pesquisa realizaram dois encontros com as crianças, com duração de aproximadamente uma hora cada. Destaca-se que cada encontro também foi realizado, separadamente, com as turmas do 4º e 5º ano, para não exceder o total máximo de 40 alunos por encontro, favorecendo o contato olho a olho, diálogo e o compartilhamento de orientações, informações e experiências.

No primeiro encontro dessa etapa, que ocorreu na primeira semana do mês de abril de 2018, as crianças foram acolhidas pelos pesquisadores e receberam seus respectivos crachás.

Posteriormente, a pesquisadora responsável convidou as crianças para participarem da elaboração de um material educativo sobre saúde e higiene bucal e para refletirem em relação a quais informações deveriam estar presentes neste material (Fig.8). Em seguida, os auxiliares de pesquisa entregaram às crianças folhas de papel A4, contendo quadros em branco, para que as crianças pudessem escrever e/ou esquematizar a cartilha (APÊNDICE E).

Figura 9. Elaboração de um material educativo sobre saúde e higiene bucal



As crianças foram convidadas a preencher os quadros com informações que elas considerassem importantes e que deveriam estar presentes na cartilha educativa, e também

para elaborarem um Título para a cartilha. As crianças poderiam preencher a quantidade de quadros que julgassem convenientes. Em seguida, as pesquisadoras encerraram o encontro e se colocaram à disposição, caso houvesse dúvidas. Os crachás foram recolhidos para serem usados no próximo encontro.

Nas segunda e terceira semanas do mesmo mês, as pesquisadoras realizaram a leitura do material, identificando as similaridades e os pontos divergentes para, posteriormente, agrupá-los como cartilha. Caso houvesse sugestão de uso de figuras, dar-se-ia prioridade aos desenhos elaborados pelos próprios alunos, na etapa 1 dessa pesquisa.

Dentre os títulos para a Cartilha sugeridos pelos alunos, as pesquisadoras selecionaram três. Para escolha dos mesmos, foi considerado como critério os que melhor contemplaram o tema saúde e higiene bucal.

No segundo encontro dessa etapa, que ocorreu na última semana do mês, as crianças foram acolhidas pelos pesquisadores e receberam seus respectivos crachás. Posteriormente, foi disponibilizada a cada criança uma versão da cartilha educativa e, em cada página desse material, havia o campo contendo espaço para sugestões. A pesquisadora responsável solicitou às crianças a leitura do material e, caso considerem necessário, a indicação de sugestões. Ao concluírem tal atividade, a cartilha foi recolhida pelos auxiliares de pesquisa.

Em seguida, foi entregue, a cada aluno, papel contendo os três títulos selecionados pelas pesquisadoras, e foi solicitado que indiquem aquele que melhor represente a cartilha, marcando um “X”(APÊNDICE F). O título com maior número de votos foi utilizado na cartilha. Em seguida, as pesquisadoras encerraram o encontro e se colocaram à disposição, para as dúvidas.

No mês de maio as pesquisadoras fizeram os ajustes necessários na cartilha, conforme indicações dos alunos e retornaram à escola para apresentação da versão preliminar, para que os mesmos validassem as informações e figuras presentes e, caso julgassem necessário, sugerissem mudanças.

Atividade 04 - Reaplicação do instrumento de coleta de dados e entrega da versão final da cartilha às crianças matriculadas no 4º e 5º ano da Escola Santa Luzia

No mês de junho de 2018, a pesquisadora responsável e os quatro auxiliares de pesquisa frequentaram a Escola Santa Luzia, situada no Setor Santa Luzia, Rua I, s/n, localizada no Município de Araguaína, TO, Brasil, para reaplicação do instrumento de coleta

de dados. Para tanto, foi realizada entrevista individual, do tipo semiestruturada, gravada em mídia digital e posteriormente transcrita pelos pesquisadores. As entrevistas ocorreram em horários previamente acordados e autorizados pela Direção da Escola, e de acordo com o assentimento da criança. Essa etapa foi realizada nas dependências da escola, em sala privativa que apresente o conforto e a privacidade necessários para o momento.

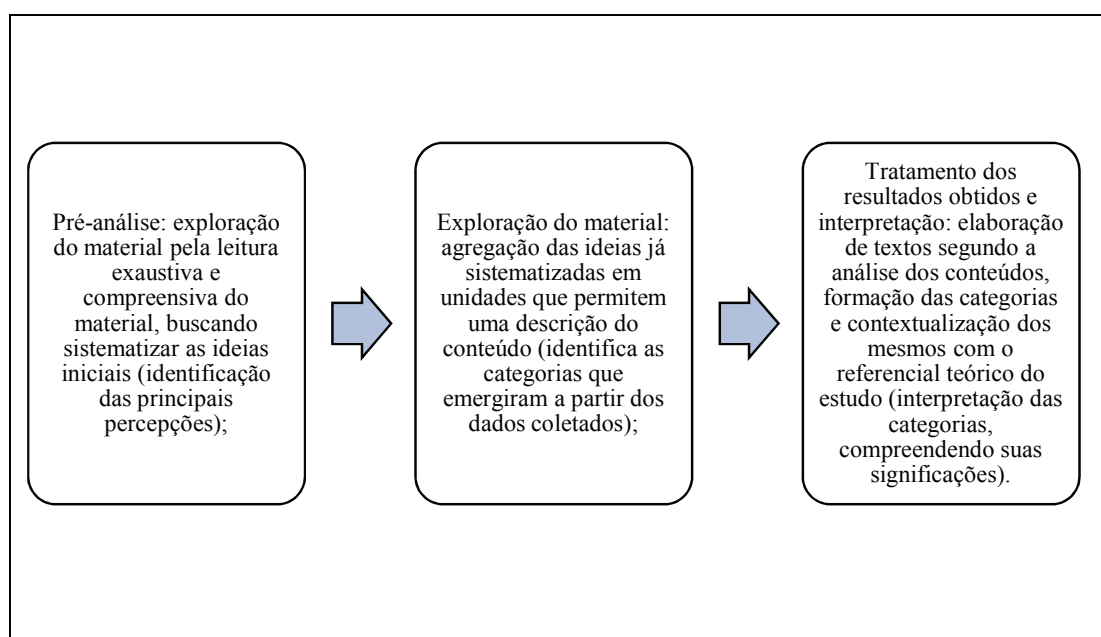
O instrumento de coleta de dados contemplou questões relacionadas ao perfil da população - gênero e idade da criança; percepção global da saúde bucal; conhecimento sobre saúde bucal envolvendo etiologia, patogenia, controle e tratamento da cárie e instrução sobre higiene bucal (APÊNDICE C).

Nesse mesmo mês, foi realizada a entrega da versão final da cartilha educativa.

7.3 Análise de dados

Para compreensão dos dados coletados por meio do instrumento de coleta de dados, foi usada a Análise de Conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin (2016), seguindo-se as seguintes etapas (Fig.9):

Figura 10 – Etapas do processo de análise de conteúdo



8. RESULTADOS

A análise do material permitiu compreender uma mudança no comportamento das crianças em relação à saúde bucal, após a participação nas atividades de educação em saúde, o que levou a proposição das categorias perfil da população, conhecimento em saúde bucal, percepção de saúde bucal e mudanças nos hábitos de higiene bucal, as quais serão apresentadas abaixo.

8.1 Categoria: Perfil da população

Acerca dos dados demográficos, a amostra final foi constituída por 43 crianças de 9 a 11 anos de idade, ou seja, por aquelas cujos responsáveis assinaram o TCLE e que estavam presentes na escola nos dias da realização pesquisa. Neste estudo destaca-se o predomínio de crianças do sexo masculino (62,8%) e de crianças com 10 anos (51,2%) (Tabela 3).

Tabela 3: Total de crianças entrevistadas – distribuição por faixa etária e sexo.
Araguaína, Tocantins, Brasil, 2018 (n= 43).

Idade	n	%
De 09 anos	11	25,5
De 10 anos	22	51,2
De 11 anos	10	23,3
TOTAL	43	100
Sexo	n	%
Masculino	27	62,8
Feminino	16	37,2
TOTAL	43	100

Foi possível identificar perfil heterogêneo de conformação familiar, dentre os quais aqueles com apresentação tradicional, constituído por pai, mãe e irmãos, e família formadas por padrastos, primos, avôs e avós e tios, e as que apresentavam apenas o pai ou mãe.

8.2 Categoria: Conhecimento em relação à saúde e higiene bucal

Foi possível verificar, a partir das falas das crianças, que houve mudança no conhecimento sobre saúde bucal após participação nas atividades educativas, indicando que esse tipo de recurso favorece a aprendizagem e, conseqüentemente, pode contribuir para adoção de hábitos mais saudáveis em relação a higiene bucal (Quadro 1).

Quadro 1 - Conhecimento das crianças sobre sua saúde bucal antes e após participação nas atividades de educação em saúde. Araguaína, Tocantins, Brasil, 2018.

Antes de participar das atividades educativas	Depois de participar das atividades educativas
[...] “não sei direito, é um negocinho que fica no dente é? Eu nunca tive isso, mas eu acho que deve ser ruim né, ficar com cárie no dente”. (Criança 3)	“Agora eu sei! É um problema que dá quando fica com sujeira no dente e quando comemos muito doce, por isso tem que escovar, limpar direitinho”. (Criança 3)
“A cárie é um bicho que fica dentro do nosso dente e estraga nossos dentes”. (Criança 7)	“Na boca tem um monte de bichinho, as bactérias. Se a gente não limpar direito os dentes, esses bichinhos vão estragar os dentes, isso é cárie”. (Criança 7)
[...] “fica de manhã, antes de eu escovar. ” [...] (Criança 33)	A boca fica com cheiro ruim quando não tá limpa, por isso tem que escovar direito, passar o fio dental e não pode esquecer de escovar a língua. ” (Criança 33)
“Eu já fiquei com cheiro ruim na boca, faz um pouquinho de tempo, só que não sei explicar o motivo. ” (Criança 38)	“Eu acho que foi porque eu fiquei sem escovar, aí juntou sujeirinha. ” (Criança 38)
[...] “Eu limpo meus dentes pra não ficar com cheiro ruim e ficar branquinho. ” [...] (Criança 10)	[...] “Acho importante porque a boca tem que ser saudável, tem que ser limpa e com um hálito bem bom, e o que eu acho melhor é escovar os dentes pra não dar cárie. ” [...] (Criança 10)

Como resultado da implementação das atividades educativas, as crianças passaram a reconhecer a doença cárie e, além disso, algumas mobilizaram a família para a busca de atendimento clínico, como revelam as falas abaixo.

[...] “fui depois que a tia (dentista) veio aqui. Ele fez limpeza e colocou flúor e falou pra eu escovar mais” [...] (Criança 8 - Depois de participar das atividades educativas).

[...] “eles (dentes) estão com cárie, eu tenho que ir no dentista pra tratar. Já pedi pra minha mãe”[...] (Criança 13 - Depois de participar das atividades educativas).

“Fui no dentista no mês passado. Ele tirou o dente que estava doendo e falou que precisava restaurar outro.” [...] (Criança 46 - Depois de participar das atividades educativas).

Considera-se, assim, que as atividades educativas contribuíram para empoderamento das crianças frente ao processo de prevenção e manutenção da saúde bucal, e são estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde para promoção da saúde infantil.

8.3 Categoria: Percepção de Saúde Bucal

Também foi possível perceber que as crianças, após participarem das atividades educativas, apresentaram novos conhecimentos e percepções em relação a própria saúde bucal, indicando que esse tipo de atividade colabora para o autoconhecimento, autopercepção, avaliação, participação e responsabilização em relação a saúde (Quadro 2).

Quadro 2 - Percepção das crianças sobre a própria saúde bucal, antes e após participação nas atividades de educação em saúde. Araguaína, Tocantins, Brasil, 2018.

Antes de participar das atividades educativas	Depois de participar das atividades educativas
“É bom... Mas tem uns que tá podres [...]”. (Criança 5)	“Os meus dentes estão com cárie, já pedi pra minha mãe me levar no dentista” [...]. (Criança 5)
“Eu acho estranho, não gosto muito dos meus dentes. Acho uns grandes, outros	“Eu achava eles diferentes, mas a dentista disse que eles são bonitos e estão bons, não tem

pequenos, tá faltando dente, não é igual [...]”. (Criança 15)	nenhum estragado. Eles são assim, tem dente de leite que é menor e o outro que é maior mesmo, e não estão doentes”. (Criança 15)
“Porque tá faltando um dente na frente, ele ainda não nasceu”[...]. (Criança 23)	“Eu ficava com o dente mole e arrancava e eu ficava com vergonha, mas o dente tem que trocar mesmo, não precisa ficar com vergonha” [...]. (Criança 23)
“Mais ou menos, tá nascendo uns amarelo” [...]. (Criança 56)	“Eu to achando eles mais bonitos depois que comecei a escovar mais”. (Criança 56)

Na faixa etária infantil há várias transformações corporais e comportamentais, nesse sentido, atividades que contribuem para reflexão e empoderamento em relação aos processos saúde doença podem ser oportunas para favorecer o crescimento e desenvolvimento saudável.

8.4 Categoria: Práticas implementadas na higiene bucal

De acordo com as falas das crianças foi possível perceber que a prática de higiene bucal era realizada pontualmente, comumente vinculada a outras atividades, como antes de dormir ou ao acordar. Entretanto, após participarem das atividades educativas, as crianças adotaram novos hábitos em relação a rotina de escovação, como demonstram os depoimentos abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 – Rotinas das crianças para prática de higiene bucal. Araguaína, Tocantins, Brasil, 2018.

Antes de participar das atividades educativas	Depois de participar das atividades educativas
[...] “quando acordo”. (Criança 4)	“Quando acordo, antes de vir pra escola (meio dia) e a noite”. (Criança 4)
[...] “só a noite mesmo”. (Criança 16)	“Depois que eu como e antes de dormir”. (Criança 16)
[...] “antes da escola”. (Criança 25)	“De manhã, depois do almoço e antes de dormir. (Criança 25)

A participação nas atividades educativas contribuiu para que as crianças percebessem a importância da higienização dos dentes e que essa prática deve ser diária e ocorrer diversas vezes ao dia. Desse modo, reitera-se a necessidade de os profissionais de saúde incluírem atividades educativas com abordagem construtivista, fortalecendo o diálogo e a participação como estratégia para aprendizagem, mudança de comportamento e melhora nos hábitos de saúde das crianças.

[...] “não uso porque nem sempre tem na minha casa, aí eu esqueço.” [...] (Criança 11).

[...] “Não gosto muito não, mas eu to tentando acostumar a passar.” [...] (Criança 27).

[...] “minha mãe ainda não comprou.” [...] (Criança 37).

[...] “eu odiava fio dental, mas se não passar dá cárie entre os dentes, aí passo entre os dentes.” [...] (Criança 40).

8.5 Construção e apresentação de material educativo, na modalidade cartilha

Neste trabalho, os termos “cartilha” e “cartilha educativa” foram utilizados como sinônimos para indicar um material educativo.

Para Reberte (2012), o emprego de materiais educativos ilustrativos como a cartilha tem propósitos informativos. Esse recurso envolve o leitor, a partir do momento que aborda aspectos da realidade. O uso de recursos visuais como as imagens podem apresentar informações científicas de modo claro e a narrativa podem dar credibilidade a informação que se deseja compartilhar. Além disso, o artifício do uso das imagens permite uma melhor compreensão, reforça argumentos e segundo Mendonça (2008, p. 164) “atrai um público leitor heterogêneo, como crianças, adolescentes e adultos, devido ao fato de associar o lúdico com a informação científica”.

Em relação aos quadros preenchidos pelas crianças, com informações que elas considerassem importantes e que deveriam estar presentes na cartilha, os temas que mais se repetiram foram os relacionados à etiologia da cárie, à dor de dente e à higiene bucal.

As pesquisadoras realizaram a leitura do material, identificando as similaridades e os pontos divergentes. A grande maioria das crianças ilustraram os agentes etiológicos da cárie

por meio do desenho de bactérias (figura 11, figura 12, figura 13, figura 14, figura 18, figura 19 e figura 20) e de alimentos cariogênicos, como guloseimas (figura 15, figura 16, figura 17, figura 18, figura 19 e figura 20). Outros ilustraram “os amigos dos dentes” que auxiliam na prevenção, através da higiene como o fio dental, a escova e o creme dental (figura 13, figura 14, figura 17, figura 18, figura 19, figura 20, figura 21 e figura 22). Alguns demonstraram sofrimento com a dor de dente (figura 19, figura 23 e figura 24). E outros trouxeram o cirurgião dentista como super-herói (figura 25). Posteriormente agrupou-se as informações em formato de cartilha, utilizando-se dos desenhos elaborados pelos próprios alunos, na etapa 1 dessa pesquisa.

O processo de construção da cartilha foi permeado pela participação efetiva das crianças, por meio do uso de estratégia dialógica, coletiva e construção compartilhada do conhecimento.

Figura 11 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental)

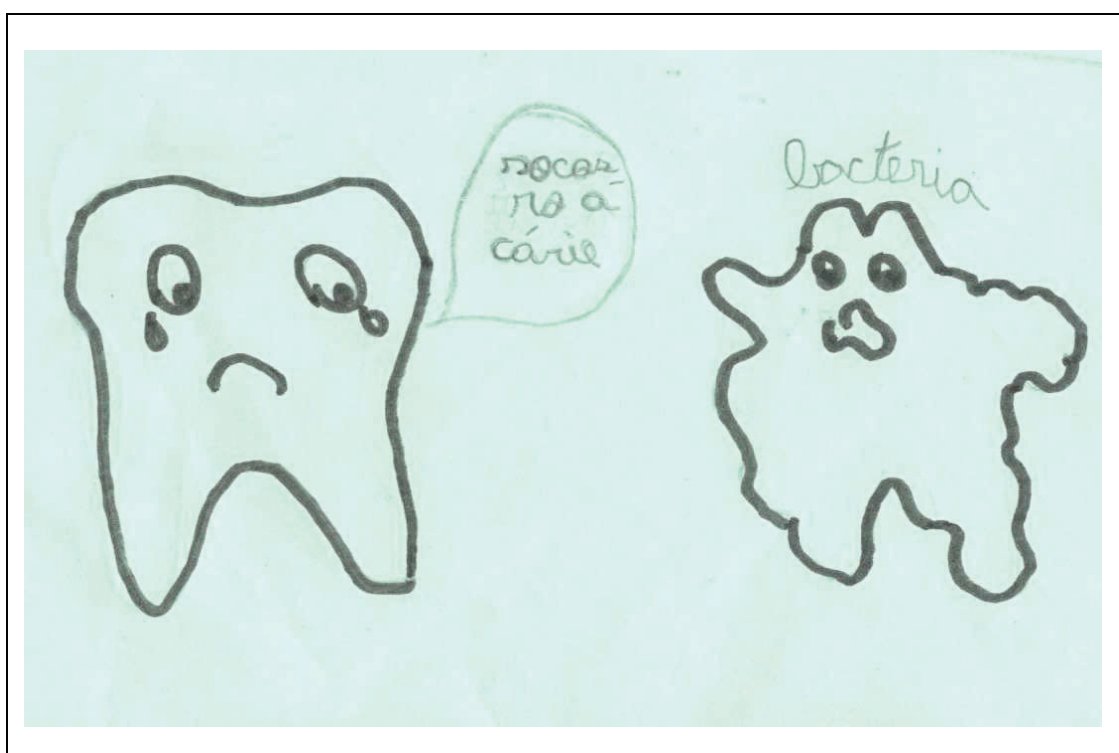


Figura 12 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental)

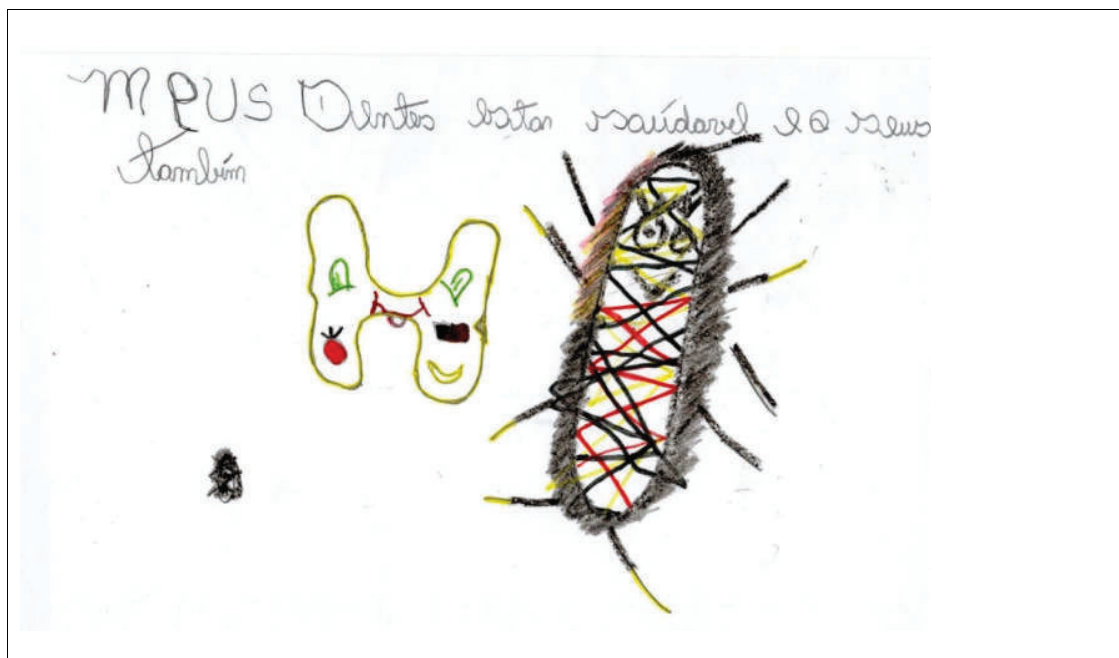


Figura 13 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental)

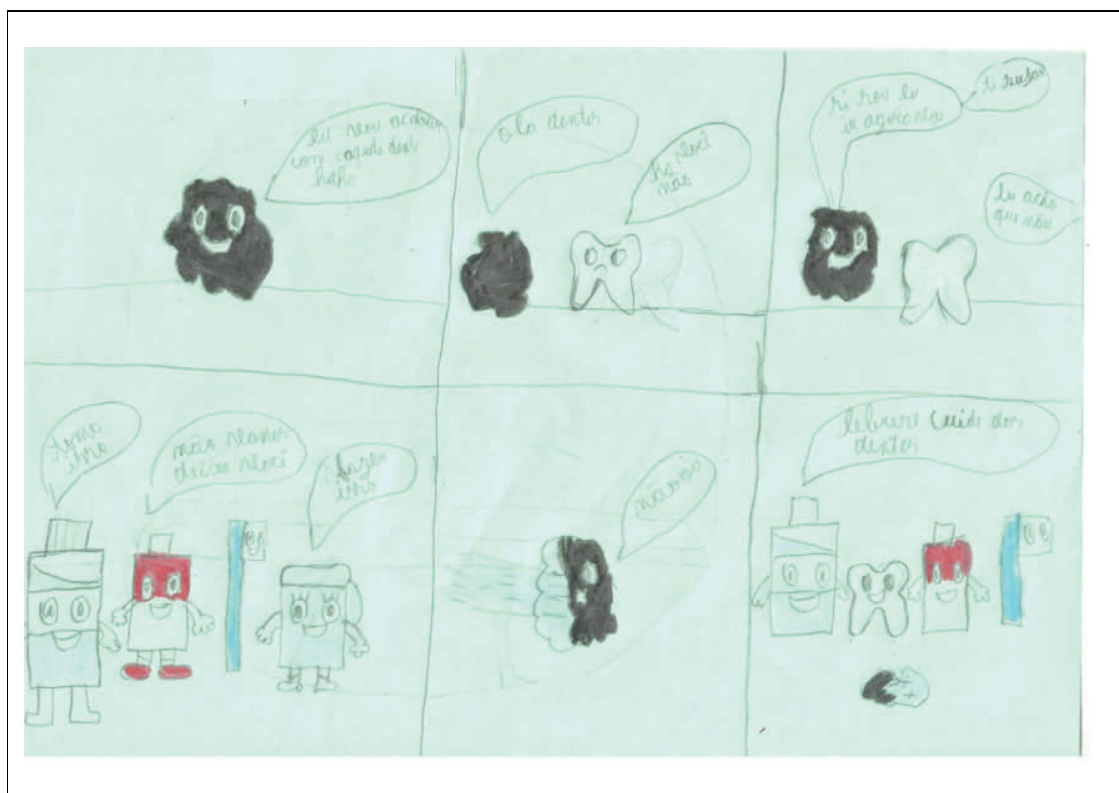


Figura 14 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental)



Figura 15 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (alimentos cariogênicos)



Figura 16 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (alimentos cariogênicos)

Se nós comermos muito comida e não escovarmos os dentes eles vão ficar com cárie, mas se escovarmos os dentes eles vão ficar sem cárie e limpinhos e brancos um simples nada de sujeira.

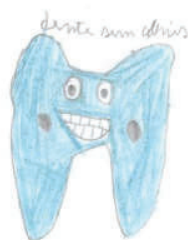


Figura 17 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie- alimentos cariogênicos e método de prevenção (escovação bucal e uso do fio dental)

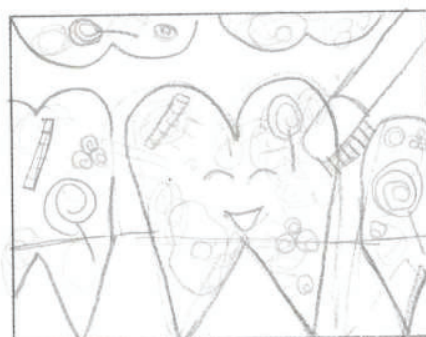
APÊNDICE E

“CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA”

Olá amiguinha e amiguinho!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene bucal.

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

Sugestão de Título da cartilha: Meus dentes Brancinhos



fio dental

Figura 18 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie- alimentos cariogênicos e os agentes de prevenção (escova, pasta e fio dental)

APÊNDICE E

"CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA"

Olá amiguinha e amiguinho!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene bucal.

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

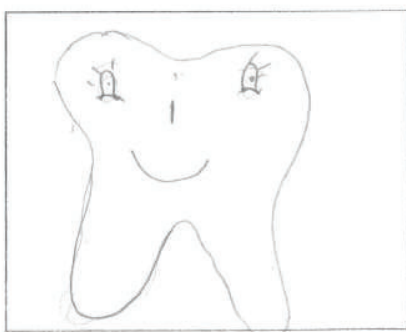
Sugestão de Título da cartilha: Cuidar da limpeza dos dentes



As crianças sempre escova os pau ensinar os filhos escovar direitinho para não deixa cárie e Plaquetarias e sempre use fio dental entre os dentes, deixe os dentes saudáveis e feliz



quando as pessoas não escova os dentes o que acontece nesses dentes fica pedre e nos fica com mal alito por isso que tem que escovar para ficar limpos



o meu dente está limpo eu usei fio dental Crema dental e escova

Figura 19 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental e alimentos cariogênicos) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental)



Figura 20 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental e alimentos cariogênicos) e os agentes de prevenção (escova e pasta dental)

APÊNDICE E

"CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA"

Olá amiguinha e amiguinho!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene bucal.

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

Sugestão de Título da cartilha: A limpeza dos dentes



Figura 21 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes de prevenção (escova e pasta dental)

APÊNDICE E

“CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA”

Olá amiguinha e amiguiño!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene bucal.

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

Sugestão de Título da cartilha: O dente forte e bonito e saudável

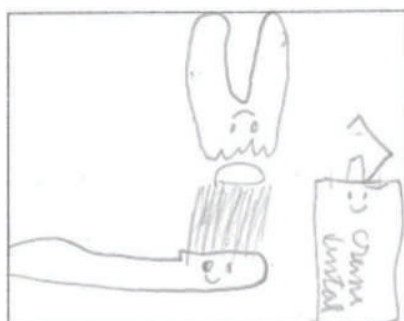
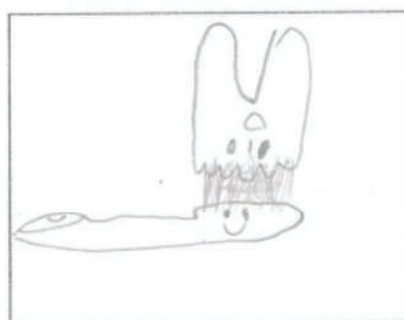
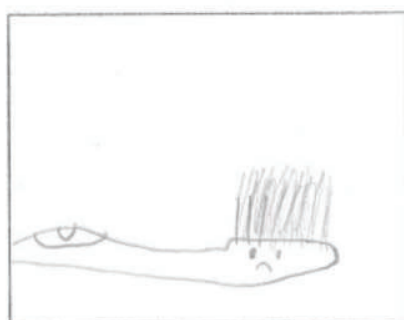


Figura 22 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes de prevenção (escova e pasta dental)

APÊNDICE E

"CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA"

Olá amiguinha e amiguinho!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene!

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

Sugestão de Título da cartilha: Dentes saudáveis

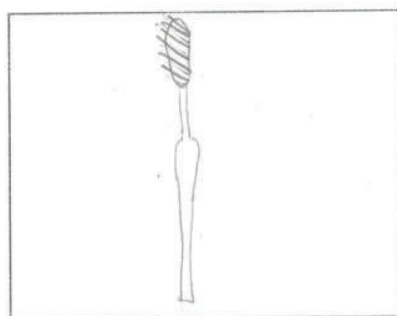
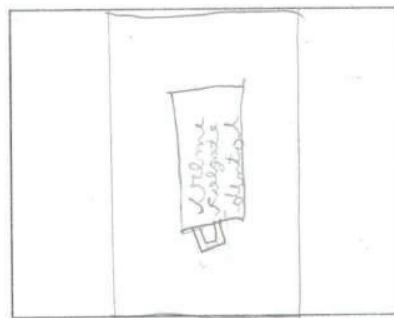


Figura 23 – Ilustração feita por alunos evidenciando sofrimento com dor devido à cárie



Figura 24 – Ilustração feita por alunos evidenciando sofrimento com dor devido à cárie



Figura 25 – Ilustração feita por alunos evidenciando os agentes etiológicos da cárie (bactérias do biofilme dental), os agentes de prevenção (escova e pasta dental) e o cirurgião dentista como super-herói



A história da cartilha foi idealizada pela pesquisadora e seus auxiliares de forma que abordasse todos os assuntos tratados nas atividades com as crianças. Os desenhos foram selecionados para que correspondessem com o tema/assunto abordado em cada página da cartilha. Quando nenhum dos desenhos elaborados pelas crianças era pertinente ao assunto, outras ilustrações (de livros, artigos, sites) foram utilizadas. Foram empregadas linguagem verbal e não-verbal com o propósito de envolver o leitor e deixar mais didáticas as informações apresentadas.

Os alunos sugeriram cerca de trinta diferentes títulos para a Cartilha. As pesquisadoras, considerando como critério os que melhor contemplaram o tema saúde e higiene bucal, selecionaram três: Cuidando da nossa boca, Boca saudável e Saúde da boca. Desses, o título que foi selecionado pelos alunos como o que melhor representasse a cartilha foi Cuidando da nossa boca.

No mês de maio a versão preliminar da cartilha foi apresentada aos alunos, para que os mesmos validassem as informações e figuras presentes e, caso julgassem necessário, sugerir mudanças. Foram solicitadas as seguintes adequações: que fossem colocados um espaço para que os leitores da cartilha pudessem desenhar e também ilustrações que pudessem colorir. Sobre o conteúdo, nenhuma adequação foi apontada.

Considerando as pontuações realizadas pelos alunos, as pesquisadoras realizaram os ajustes necessários para produção do material educativo final (APÊNDICE G) e fizeram a entrega da versão final no mês de junho.

Vale ressaltar como aspectos positivos em relação a construção da cartilha pela própria criança, identificados pela pesquisadora responsável e pelos auxiliares de pesquisa frente as registros em diário de campo, das manifestações verbais e não verbais das crianças durante a atividade: participação efetiva das crianças nas discussões, favorecimento de ambiente para interação social, sentimento de pertença ao se verem no material produzido, estímulo ao senso de responsabilização em relação aos processos de saúde, incentivo a autonomia e criatividade, “re”construção de agentes multiplicadores de informações relacionadas à saúde bucal. Esses aspectos podem ser evidenciados nas falas que seguem:

[...] “Eu desenho os amigos do dente, você desenha os inimigos.” [...] (Criança 03).

[...] “Olha aqui, eu que fiz esse desenho.” [...] (Criança 17).

[...] “Tia, nosso livro ficou pronto? A senhora trouxe ele hoje pra gente ver?” [...] (Criança 37).

[...] “Posso levar nosso livro pra casa? Quero mostrar pro meu pai e pra minha mãe.”[...] (Criança 05).

9. DISCUSSÃO

O estudo demonstrou uma melhora no conhecimento das crianças sobre saúde bucal, após participação nas atividades educativas, sendo que esse tipo de prática, principalmente quando envolve a prática dialógica e intervenções lúdicas, favorece a aprendizagem por meio de aquisição de novos conhecimentos. Esses novos conhecimentos, por sua vez, são capazes de promover a mudança de comportamento e transformação nos hábitos de higiene bucal permitindo uma melhoria na qualidade de vida (COSCRATO, 2010).

A abordagem lúdica funciona como mediadora auxiliando no processo ensino aprendizagem. Coscrato (2010, p. 258) aponta que isso se dá porque

o lúdico contempla os critérios para uma aprendizagem efetiva, no sentido de que chama a atenção para um determinado assunto (intencionalidade / reciprocidade), seu significado pode ser discutido entre todos os participantes e o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica pode ser transportado para o campo da realidade, caracterizando a transcendência.

Nesse sentido, é importante repensar as práticas de educação em saúde mudando a abordagem e o enfoque de forma que perpassem por um pilar holístico, multidisciplinar, multiprofissional e, principalmente, participativo. No desenvolvimento das atividades educativas os participantes precisam ser colocados na posição de protagonistas do processo, de forma que, fazendo parte do processo, se sintam mobilizados e mobilizem seus pares, compreendendo suas vulnerabilidades e fragilidades. Desse modo, serão gerados modelos mais eficientes e resolutivos de intervenção e educação preventiva que envolvam e atendam essa população, renovando as propostas para se alcançar melhores resultados (SILVA, 2010b).

Concordando, Brasil (2007b) afirma que a educação em saúde deve utilizar métodos e processos participativos e problematizadores, preconizados e consolidados, buscando práticas inovadoras a partir da realidade em um processo dialógico e horizontal de construção e reconstrução compartilhada do conhecimento.

Os profissionais dos serviços, os parceiros e a população são sujeitos (atores), que debruçados sobre a realidade procuram conhecê-la, compreendê-la, desvendá-la e atuar sobre ela para transformá-la. E à medida que vão transformando-a, os sujeitos se transformam dentro deste processo, num respeito mútuo de saberes (científico e

popular) que não sobrepõe um ao outro mas, se reconstróem. (BRASIL, 2007b, p. 32).

Ainda em relação ao conhecimento sobre saúde bucal, como resultado da realização das atividades educativas, as crianças passaram a reconhecer a doença cárie e a mobilizar suas famílias para a busca de atendimento clínico.

A busca e realização do tratamento implicam na melhora da saúde e qualidade de vida dessas crianças, uma vez que as doenças bucais, como por exemplo, a cárie, não tem seus efeitos deletérios limitados à cavidade oral, e sim atuam como focos de disseminação de microrganismos patogênicos, promovendo desequilíbrios na homeostasia do organismo, comprometendo a saúde como um todo (KRINGER, 2003).

A última pesquisa nacional de saúde bucal evidenciou que aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, o índice de 2,43 dentes com experiência de cárie envolvendo a dentição decídua e aos 12 anos de idade apresentavam, em média, 2,07 dentes cariados, sendo esse o principal agravo à saúde bucal presente em escolares (BRASIL, 2011).

Assim, atividades educativas, tais como as realizadas nesse estudo, se mostram eficazes na atenção em saúde bucal para contribuir para melhores indicadores de saúde, logo, deve ser iniciada em idade precoce, promovendo desde a infância hábitos e costumes saudáveis.

Nesse contexto, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o Cirurgião-Dentista deve realizar a atenção em saúde bucal de maneira integral, realizando ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários como escolas, associações entre outros, a fim de promover à saúde (BRASIL, 2017)

Também foi possível observar um avanço em relação percepção sobre sua saúde bucal, após as crianças participarem das atividades educativas, as quais apresentaram e explicaram as diferenças anatômicas entre as dentições decídua e permanente e justificaram as ausências temporária dos dentes durante a fase da dentição mista. Crianças que demonstraram sentir-se incomodadas, tristes ou envergonhadas por causa dos seus dentes ou de sua boca, mudaram sua opinião e passaram a entender que as mudanças/troca na dentição e ausências de dentes são peculiares a essa fase da vida. Essa melhoria na percepção impacta diretamente na construção e melhoria da autoestima. Barros (2007, p.50) afirma que além das concepções

anatômicas e fisiológicas, “crianças esteticamente comprometidas podem apresentar dificuldade de comunicação e integração social”.

Assentindo, Pordeus (2014, p.25), diz que os problemas de saúde bucal, podem interferir no bem-estar físico, social e emocional das crianças e causar conflitos na família e dificuldade financeiras. Indivíduos com dor nos dentes podem, por exemplo, ter dificuldades na mastigação, o que pode afetar a alimentação e nutrição da criança e do adolescente. Nessa situação o sono também pode ser alterado, prejudicando o rendimento escolar, fala ou a “disposição em sorrir, interferindo na socialização e comunicação”. Sendo que, nessa fase da vida, tais interferências são preocupantes nos aspectos de socialização, comunicação e autoestima e quando muitas crianças sofrem com *bullying* na escola. Logo, em conjunto essas complicações podem afetar a qualidade de vida das crianças acometidas de problemas de saúde bucal.

O estudo também evidenciou melhoras nos hábitos de higiene bucal depois da realização das atividades educativas. A higiene bucal realizada pelo paciente é um autocuidado imprescindível à manutenção da saúde bucal, assim deve ser estimulado através da educação em saúde. Nesse processo, o indivíduo deve tornar-se corresponsável por sua saúde, sendo educado para executar as tarefas que lhe cabem, como o controle do biofilme dental que irá prevenir o início ou desenvolvimento das doenças dentárias. Nessas circunstâncias, cabe ao profissional da saúde, “educar para a saúde”(BUISCHI, AXELSSON, 2003, p. 121-122).

Prado (2008, p.63) complementa afirmando que o método de maior eficácia para o controle do biofilme dental é a remoção mecânica, com escovação dentária e uso do fio dental. “No entanto, faz-se necessária motivação e adequação das medidas de higiene bucal que devem ser realizadas por crianças em idade escolar e pré-escolar sob supervisão dos pais ou responsáveis”.

Nessa pesquisa, quando questionadas, todas as crianças relataram limpar seus dentes. Entretanto houve variações em relação a quando isso acontecia e quais recursos/instrumentos utilizavam para realizar tal higiene. Buischi e Axelsson (2003) consideram que o indivíduo, quando motivado e informado, é capaz de determinar, em conjunto com o profissional, a frequência e os meios com os quais realizará sua higiene bucal. Os autores ainda orientam que, diante da grande variedade de produtos de higiene bucal disponíveis no mercado, é responsabilidade do cirurgião-dentista selecionar os que melhor são indicados às necessidades de cada pessoa, de acordo com suas particularidades.

Barros (2007, p.54) acrescenta que “a adolescência é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a escovação dentária”. Nessa lógica, se faz importante a implementação de medidas que proporcionem o desenvolvimento da autonomia e consciência crítica nessa população.

As informações sobre os hábitos bucais das crianças e adolescentes podem auxiliar não apenas no conhecimento dos comportamentos de saúde durante esse período crítico de desenvolvimento, mas também na formulação de estratégias mais efetivas de educação em saúde para esse grupo etário (FREIRE, 2007).

Nessa perspectiva, essa pesquisa também propôs a construção de material educativo, na modalidade cartilha educativa sobre saúde bucal. As crianças que participaram das atividades educativas, foram convidadas a elaborar a cartilha com informações que consideraram importantes e que deveriam estar presentes no material. Carvalho (2007, p. 98) aponta que “todo material educativo pode ser definido como uma ferramenta pedagógica que possibilita a mediação no processo comunicacional e educativo entre os diferentes sujeitos da aprendizagem.”

Dentre as estratégias de práticas educativas em saúde, com foco no autocuidado, a utilização de materiais educativos como manuais, folhetos e cartilhas promovem resultados importantes para os participantes das atividades educativas. Esses resultados se tornam mais significativos quando os participantes se envolvem na elaboração desses materiais (ECHER, 2005). Esse artifício se alicerça na pedagogia dialógica de Paulo Freire que traz o diálogo e a problematização como instrumentos de mudança e promotores da aprendizagem, libertação e autonomia dos sujeitos, nessa dinâmica o indivíduo é o protagonista do processo, se envolve e torna-se o agente de sua transformação (FREIRE, 2014).

No processo de construção de recursos educativos, é recomendada a interação entre as pessoas envolvidas. Do ponto de vista metodológico, a construção compartilhada do conhecimento, em sua dimensão educativa, é fundamentada na pedagogia construtivista de Paulo Freire, que possui como principal pressuposto o sujeito como construtor do conhecimento. A aprendizagem, nessa perspectiva, é um processo onde o indivíduo, dentro de seu contexto “elabora uma representação pessoal do objeto a ser conhecido” (CARVALHO, 2007, p. 97)

Nesse âmbito, a vivência das crianças deve ser o ponto de partida e de chegada do processo educativo. Ao compartilhar suas experiências, essas crianças retratam suas dúvidas, questionamentos, medos, angústias e inseguranças, o que permite uma abertura para uma

relação de confiança, importante para o conhecimento das necessidades e interesses do grupo em questão.

Durante a infância, cada ato de cuidado, como a higiene pessoal e também as brincadeiras, são situações ricas e propícias à aprendizagem e ampliação das relações afetivas da criança, logo todo trabalho educativo, como a construção da cartilha educativa que este trabalho propõe, favorece o desenvolvimento das capacidades infantis como a identidade e autonomia, incentivando a tomada de decisões (AVILA, 2008).

O processo que permite a construção de aprendizagens significativas pelas crianças requer uma intensa atividade interna por parte delas. Nessa atividade, as crianças podem estabelecer relações entre novos conteúdos e os conhecimentos prévios (conhecimentos que já possuem), usando para isso os recursos de que dispõem. Esse processo possibilitará a elas modificarem seus conhecimentos prévios, matizá-los, ampliá-los ou diferenciá-los em função de novas informações, capacitando-as a realizar novas aprendizagens, tornando-as significativas. (BRASIL, 1998, p.33).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que houve mudanças positivas no conhecimento e comportamento das crianças em relação à saúde bucal, após a participação nas atividades de educação em saúde realizadas nessa pesquisa. As crianças demonstraram a assimilação de novos conceitos em relação às dentições e à cárie, por exemplo. E em relação ao comportamento, indicaram perceber a importância da higienização da boca.

Desse modo, concluímos que atividades de educação em saúde, quando planejadas e alicerçadas em conhecimento científico, respeito a diversidade e pluralidade dos sujeitos e na relação dialógica entre profissional de saúde e crianças, tem potencial para colaborar no empoderamento delas em relação a autonomia nos processos de saúde/doença.

Assim, pontuamos a necessidade de se romper com modelos em que as práticas de educação em saúde desconsideram a participação dos indivíduos, colocando-os apenas como ouvintes e receptores de informações, em que os profissionais da saúde realizam as atividades de maneira prescritiva, a fim de transmitir informações. Nesse tipo de abordagem, não participativa, não é levado em consideração o saber prévio dos indivíduos, tão importante para nortear o ponto de partida e o percurso de todo o processo de construção do conhecimento e, conseqüentemente, levar à mudança de atitude e a aquisição de novos hábitos em saúde, como observado nessa pesquisa.

Assim, se faz necessária uma reorientação das práticas, no sentido de torná-las mais envolventes, por meio do diálogo, problematização e participação ativa e interatividade de todos os sujeitos envolvidos, tendo como protagonistas os que antes figuravam-se antes como telespectadores.

Ademais, também foi possível constatar que para proteção e promoção da saúde da criança é importante considerar sua própria opinião e modos de perceber o contexto no qual estão inseridas. Nesse sentido, o lúdico nos permitiu adentrar ao mundo vida desses atores sociais, de modo a contribuir para mudanças reais no estilo de vida e na aprendizagem.

Como discutido, os aspectos de conhecimento, percepção e hábitos de saúde e higiene bucal de uma população são premissas importantes para orientar o planejamento das atividades educativas, no que tange ao assunto, abordagens e atividades para alcançar esse público alvo.

Embora existam inúmeras normativas que orientem o trabalho de educação em saúde, a avaliação do impacto de atividades educativas é importante para subsidiar a elaboração de novas diretrizes, direcionar para o planejamento de melhores abordagens e ainda promover um novo olhar sobre as práticas de educação em saúde, tanto para os profissionais, quanto para os participantes dessas ações, para que, de fato, se alcance o objetivo primordial, de empoderar os indivíduos para mudança de comportamento frente à prevenção de agravos e aquisição de novos hábitos de proteção à sua saúde.

A cartilha, elaborada pelas pesquisadoras desse estudo e alunos da Escola Municipal Santa Luzia, transcende às páginas dessa pesquisa, é um produto construído a partir das necessidades, inquietações e imaginação de uma pequena população de crianças do norte do Tocantins, que compartilham com milhares de crianças dos interiores do Brasil, necessidades, inquietações e imaginação muito semelhantes.

Dessa maneira, almejamos que cada criança desse país tenha a oportunidade de aprender, apreender e compartilhar conhecimentos que permitam uma melhor qualidade de vida, longe do adoecimento e que promovam a saúde.

REFERÊNCIAS

- ADAIR, P. M. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Journal of Dental Research**, 2003.
- ALMAS, K. et al. The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia. **Saudi medical journal**, v. 24, n. 10, p. 1087-1091, 2003.
- ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2016.
- ALMEIDA, D. M.; CASARIN, M. M. A importância do brincar para a construção do conhecimento na educação infantil. **Revista Educação Especial**, p. 45-53, 2002.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 319-325, 2011.
- ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**, p. 47-51, 2004.
- ANDRADE, L. O. M. et al. A saúde e o dilema da intersetorialidade. 2004. (dissertação ou tese).
- AQUILANTE, A. G. et al. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev Odontol UNICID**, v. 14, n. 1, p. 25-34, 2002.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 82-96, 2015.
- AVILA, M. S. J. et al. A identidade e autonomia em construção na educação infantil. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, C. M. S. et al. Manual técnico de educação em saúde bucal. **Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional**, 2007.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, p. 57-68, 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, 2007b.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para educação infantil**. MEC/SEF, 1998. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_voll1.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde (br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM/MS Nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Condições de saúde bucal da população brasileira – Coordenação Nacional de Saúde Bucal; Brasília, DF; 2010

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010-Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, 2006.

_____. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

_____. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, 2014.

BRUHNS, H. T. B. O jogo nas diferentes perspectivas teóricas. **Motrivivência**, n. 9, p. 27-43, 1996.

BUISCHI, Y. P.; AXELSSON, P. Controle mecânico do biofilme dental realizado pelo paciente. **Aboprev. Promoção de saúde bucal**, v. 3, p. 121-39, 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 19-42, 2003.

CAMILLO, B. S. et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 6, p. 4894-4901, 2016.

CANGUSSU, M. C. et al. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador-BA. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 16, n. 1, 2016.

CARDOSO, V.; DOS REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. Escolas promotoras de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 2, p. 107-115, 2008.

CARVALHO, M. A. P. et al. **Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo**. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília, p. 91-101, 2007.

CHAVES, S. C.L.; SILVA, L. M. V. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 129-139, 2002.

CHIESA, A. M. et al. A educação em saúde na prática do PSF. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 34-42, 2001.

CORDAZZO, S. T. D. et al. Perspectivas no estudo do brincar: um levantamento bibliográfico. **Aletheia**, n. 26, p. 122-136, 2007.

CORRÊA, P. M. et al. Vivências em promoção da saúde:: Articulando saberes com estudantes de escolas públicas. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 12, n. 19, p. 14-24, 2015.

COSCRATO, G. et al. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 257-263, 2010.

COTA, A. L. S.; COSTA, B. J. A. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017.

- COUTO, G. B. L. et al. Comparações clínico-anamnésicas e microbiológicas entre mães e filhos relacionadas com a transmissão da doença cárie. **An. Fac. Odontol. Univ. Fed. Pernamb.**, v. 10, n. 1, p. 14-9, 2000.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.
- DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2961-2973, 2016.
- DYTZ, J. L. G. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. SPE, p. 165-166, 2000.
- ECHER, I. C. The development of handbooks of health care guidelines. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.
- ELY, H. C. et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1607-1616, 2016.
- EMERIQUE, P. S. **Brincaprende: dicas lúdicas para pais e professores**. Papyrus Editora, 2003.
- FARIA, H. A.; CARVALHO, G. S. de. Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 22, n. 2, p. 79-90, 2004.
- FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, 2007.
- FERNANDES, J. K. B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00021115, 2016.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **História, Ciências, Saúde—Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 283-91, 2005.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, M.T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.
- FIGUEIREDO, P. B. A. et al. Efetividade de website de educação em saúde bucal para adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 398-405, 2014.
- FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 606-614, 2007.

- FREIRE, P. **Educação e mudança**. Editora Paz e terra, 2014.
- FREIRE, P. **Pedagogia deloprimido**. Sigloxxi, 2005.
- FULLER, L. A. et al. Oral health promotion: knowledge, confidence, and practices in preventing early-severe childhood caries of Virginia WIC Program Personnel. **American Dental Hygienists' Association**, v. 88, n. 2, p. 130-140, 2014.
- GABARDO, M. C. L. et al. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. **Ciencia&saude coletiva**, v. 20, p. 1531-1540, 2015.
- GAIARSA, J. A. Educação familiar e escolar para o terceiro milênio. **São Paulo: Agora**, 2008.
- GARBIN, C. A. S. et al. Oral health in schools: promoting health agents. **Int. J. Dent. Hyg.**, v. 7, n. 3, p. 212-216, 2009.
- GARBIN, D.; CARCERERI, D.L. A Odontologia nas políticas públicas de saúde do trabalhador. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 2, 2006.
- GIBILINI, C. et al. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em odontologia**, v. 46, n. 4, 2010.
- GONÇALVES, F. D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 181-192, 2008.
- GRACIANO, A. M.C. et al. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 1, p. 34-38, 2015.
- JACKSON, R. Parental health literacy and children's dental health: Implications for the future. **Pediatricdentistry**, v. 28, n. 1, p. 72-75, 2006.
- JUNIOR, E. G.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 25, n. 1, 2003.
- KRIGER, L. et al. Promoção de saúde bucal—paradigma, ciência e humanização. **Editedby: Artes M**, p. 9-92, 2003.
- LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LUCKESI, C. C. Filosofia da educação. São Paulo: Cortez, 1994.
- LIMA, C. M. G. et al. Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 171-178, 2011.

- LOPES, E. F. S. et al. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2 (2007), p. 25-27**, 2007.
- MACIEL, S. M. et al. The relationship between sweetness preference and dental caries in mother/child pairs from Maringá-Pr, Brazil. **International dental journal**, v. 51, n. 2, p. 83-88, 2001.
- MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2007.
- MARTINS, L. G. T. et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00006415, 2016.
- MATTILA, M. L. et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?. **Acta OdontologicaScandinavica**, v. 63, n. 2, p. 73-84, 2005.
- MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 373-382, 2014.
- MENDONÇA, M. **Ciência em quadrinhos: recurso didático em cartilhas educativas**. 223 ff. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2008.
- MIALHE, F. L.; GONÇALO, C. S. A importância dos responsáveis na saúde bucal das crianças. **Revista Uningá**, v. 15, n. 1, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Saúde Bucal. Passo a passo das ações da política nacional da saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 19 p.
- MOIMAZ, S. A. S et al. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. **Acta Odontológica Latinoamericana**, v. 29, n. 2, p. 186-193, 2016.
- MONTEIRO, P. H. N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 2, p. 411-427, 2015.
- MORAES, K. R. et al. Motivação de higiene dental utilizando brinquedos com temas odontológicos. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 4, p. 723-728, 2011.
- MORANO, Miguel et al. Conhecimentos acerca de saúde bucal de estudantes de um curso de magistério. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 2, 2007.
- MORIN, Edgar; PENA-VEIGA, Alfredo; PAILLARD, Bernard. Diálogo sobre o conhecimento. 1ª edição. São Paulo: Cortez, 2004, 95p.
- MOURADIAN, W. E. The face of a child: children's oral health and dental education. **Journal of dental education**, v. 65, n. 9, p. 821-831, 2001.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva. Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. **Epidemiologia e bioestatística em Odontologia**. São Paulo: Atheneu, p. p21-48, 2008.

NATASH, Y.; SANTOS, Débora de Souza; LEITE, Ingrid Martins Lúcio. Saúde e doença: percepção de adolescentes que vivenciaram o lúdico como estratégia de educação em saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 10, n. 5, p. 1822-1827, 2016.

NICO, L. S. et al. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 389-398, 2016.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016.

OLIVEIRA, M. C.; PINTO, P. I.; SEREJO, R. P. Projeto “sorrindo na escola”: um trabalho de educação em saúde nos alunos da rede pública de ensino. IX Congresso de Iniciação Científica da UFRN. **Anais**. Rio Grande do Norte:IFRN, 2013. p. 831-834.

OLIVEIRA, M. M. de et al. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PeNSE. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 605-616, 2017.

ORTEGA, M. M. et al. Promoção de saúde como estratégia de melhoria da qualidade de vida das crianças. In: CONGRESSO DA FOA-UNESP, 2016, Araçatuba. **Anaiseletrônicos**. Araçatuba: FOA-UNESP, 2016. Disponível em:<<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1518/pdf>>. Acesso em: 21 ago 2017.

ORTIZ, F. R. et al. Factors associated with oral health-related quality of life of preschool children in Southern Brazil. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 3, p. 256-262, 2016.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2010.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-30, 2004.

PAUNIO, P. et al. Children's poor toothbrushing behavior and mothers' assessment of dental health education at well-baby clinics. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 52, n. 1, p. 36-42, 1994.

PEREIRA, G. et al. A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 2, p. 9-16, 2018.

PEREZ, J. R. R. et al. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de pesquisa**, 2010.

PETRY P. C.; PRETTO S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In KRIGER, L. (Org.). **ABOPREV – Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Editora Artes, 2003. p. 371-386.

- PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 766-9, 2010.
- PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. **Odontopediatria**. Artes Médicas Editora, 2014.
- PRADO, J. S. et al. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. **Revista Biociências**, v. 7, n. 1, 2008.
- RAPOSO, A.E.S.S; JÚNIOR, R.C. O que é educação e Saúde? In: BRENNAND; E.G.G; ROSSI, S.J. (Org.). Trilhas do aprendente. João Pessoa: UFPB, 2008, v. 3.
- REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 101-108, 2012.
- SALIBA, C. A. et al. Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. **RFO UPF**, v. 21, n. 1, p. 81-89, 2016.
- SANTOS, K. T. dos. Educação em saúde bucal na escola: uma análise dos sujeitos envolvidos no processo. 2009.
- SANTOS, K. T.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S. Saúde bucal nas escolas: relato de experiência. **Revista Ciência em Extensão**, v. 8, n. 1, p. 161-169, 2012.
- SANTOS, Y. M. et al. Avaliação do conhecimento e práticas dos pais quanto a saúde bucal dos filhos de 3 a 9 anos de idade: um estudo piloto. **Arquivos em Odontologia**, v. 47, n. 4, 2016a.
- SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado** [livro eletrônico] Fortaleza: EdUECE, 2016b. 482 p.
- SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M.. Educação em saúde: novas perspectivas. 1999.
- SILVA, C. M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2539-2550, 2010a.
- SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar. **Sociedade Brasileira de Pediatria. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. São Paulo (SP)**, p. 14-20, 1997.
- SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1777-1788, 2016.
- SILVA, M. C. B. et al. Saúde da criança: questões da prática assistencial para dentista. 2014.
- SILVA, M.A. I.; MELLO, D. F.; CARLOS, D. M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 287-93, 2010b.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública Health promotion, social epidemiology, and social capital: associations and. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

SOUZA, M. E. M. et al. A educação em saúde como medida de prevenção e promoção da saúde bucal. **Full dent. sci**, v. 6, n. 22, p. 239-248, 2015.

TEIXEIRA, R. S. Juventude: Uma época especial de ser. 2005. Disponível em <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3717/-1/juventude-uma-epoca-especial-de-ser.html>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, v. 13, n. 39, 2008.

TRISTÃO, M. B. O lúdico na prática docente. 2010.

UCHIDA, T. H. et al. Práticas preventivas realizadas por Técnicos em Saúde Bucal: um estudo qualitativo. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 1, p. 110-124, 2016.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. **Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec**, p. 73-100, 2001.

VASCONCELOS, E. M; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. [2013]. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **Brazilian Dental Science**, v. 4, n. 3, 2010.

VENÂNCIO, D. R. et al. Promoção da saúde bucal: desenvolvendo material lúdico para crianças na faixa etária pré-escolar. **J Health SciInst**, v. 29, n. 3, p. 153-6, 2011.

APÊNCICES

APÊNDICE A – COMUNICADO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS

Senhores pais/responsáveis,

gostaríamos de solicitar vossa autorização para que seu filho(a) participe de uma pesquisa que tem como título “**O IMPACTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**”. O objetivo geral da pesquisa é descrever o impacto de atividades educativas no empoderamento de crianças em relação à saúde e higiene bucal, e como objetivos específicos:descrever o perfil demográfico dos estudantes, identificar o conhecimento de estudantes sobre saúde bucal, antes e após participação em atividade educativa, identificar práticas implementadas por estudantes em relação à higiene bucal, antes e após participação em atividade educativa, descrever o processo de construção de material educativo, na modalidade cartilha, sobre saúde bucal e apresentar a opinião de estudantes em relação a implementação de atividades educativas sobre saúde bucal na escola.

Se for o senhor(a) consentir que seu filho(a) participe do estudo, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponível na secretaria da escola. Salientamos que seu filho(a) somente participará da pesquisa se houver sua assinatura e o termo for deixado na secretária da escola. Este termo contém todas as informações sobre o estudo.

Araguaína, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora
Garithuzy Macedo Oliveira

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado pai/responsável pela criança matriculada no 4º ou 5º ano da Escola Municipal Santa Luzia, localizada no Município de Araguaína, Tocantins, Brasil, este estudo que tem como título **“O IMPACTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL”**, e o objetivo geral de descrever o impacto de atividades educativas no empoderamento de crianças de uma escola pública em relação a saúde e higiene bucal, e como objetivos específicos: descrever o perfil demográfico dos estudantes, identificar o conhecimento de estudantes sobre saúde bucal, antes e após participação em atividade educativa, identificar práticas implementadas por estudantes em relação a higiene bucal, antes e após participação em atividade educativa, descrever o processo de construção de material educativo, na modalidade cartilha, sobre saúde bucal e apresentar a opinião de estudantes em relação a implementação de atividades educativas sobre saúde bucal na escola.

Informo ao senhor que esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Garithuzy Macedo Oliveira, odontóloga, residente na Rua 12, Quadra 06, Lote 03, Residencial Patrocínio, em Araguaína-TO, fone: (63) 99284-2342, e que mais quatro acadêmicos do curso de odontologia do Centro Universitário – ITPAC, Campus Araguaína, atuarão como pesquisadores auxiliares.

Para a realização desta pesquisa o seu filho(a) será convidado a participar das seguintes etapas:

1. Responder ao questionário, por meio de entrevista gravada, sobre saúde e cuidados com a higiene bucal (de setembro à penúltima semana de outubro de 2017) (APÊNDICE B);
2. Participar em dois momentos, cada um com duração de aproximadamente duas horas, em que serão realizadas atividades educativas lúdicas, direcionadas a saúde e cuidados com a higiene bucal (última semana de outubro);
3. Participar da construção de material educativo sobre saúde bucal, que ocorrerá em dois encontros, cada um com duração de aproximadamente uma hora (novembro de 2017);
4. Novamente responder ao questionário sobre saúde e cuidados com a higiene bucal (novembro a dezembro de 2017).

A participação do seu filho(a) será voluntária, e todas as atividades dessa pesquisa serão realizadas no ambiente escolar, em espaço privativo e confortável, nos horários reservados pela escola à “Saúde do Escolar”, e serão previamente acordadas e autorizadas pela Direção da Escola.

Considerando os temas que serão abordados nessa pesquisa, especificamente nas atividades 2 e 3, acredita-se que a participação de seu filho(a) terá como benefícios colaborar para promoção e proteção da saúde e higiene bucal da criança e proporcionar um maior conhecimento para os profissionais de saúde em relação às práticas de educação em saúde bucal. Os riscos decorrentes da participação de seu filho(a) nessa pesquisa estão relacionados a desconforto emocional ao responder as perguntas do questionário e/ou participação nas atividades propostas. Caso tal situação seja identificada pelas pesquisadoras ou relatada pela criança, imediatamente a entrevista será interrompida e seu filho(a) encaminhado para apoio psicopedagógico da escola, para avaliação e condutas.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FAHESA/ITPAC), Av. Filadélfia, 568, Setor Oeste, em Araguaína – TO, fone: (63) 3411-8500, Ramal 8588, e-mail cep@itpac.br.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e a criança deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras crianças, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação do(a) seu(sua) filho(a). Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Salientamos que mesmo depois de consentir a participação de seu filho(a) nessa pesquisa, o senhor(a) poderá desistir, e tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo, penalidade ou perda do benefício para seu filho(a) ou ao senhor(a). Para isso basta entrar em contato com a pesquisadora responsável, Garithuzy Macedo Oliveira, por meio do telefone (63) 99284 2342, ou no seguinte endereço: Rua 12, Quadra 06, Lote 03, Residencial Patrocínio, CEP: 77826-592 Araguaína/TO.

Informamos que os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em artigos científicos, revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, mas em hipótese alguma, a identidade e/ou imagem do seu filho(a), serão divulgadas, sendo guardadas em sigilo. É importante que você saiba que nenhuma criança será identificada, sendo mantido o caráter confidencial da informação, de modo que seus nomes não serão identificados. Os dados obtidos servirão exclusivamente para fins científicos. Uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será arquivada pela pesquisadora e outra lhe será fornecida.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas, via contato telefônico, pela pesquisadora responsável Garithuzy Macedo Oliveira, fone: (63) 99284-2342. A presente pesquisa será analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Centro Universitário - ITPAC, situado na, Av. Filadélfia, Nº568, Setor Oeste, telefone (ramal) 3411-8588, Araguaína – TO.

Declaro que Eu, _____,
fui informado(a) pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa e sobre a maneira em que se dará a participação de meu filho(a) nessa pesquisa. Por isso, autorizo que meu filho(a) _____

participe das etapas dessa pesquisa e responda ao questionário do projeto, por meio de entrevista gravada: "**O IMPACTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**",

sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela participação de meu filho(a) neste estudo e que meu filho(a) pode sair quando eu quiser. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelas pesquisadoras. Autorizo também, que os dados obtidos nesta pesquisa sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos e estou ciente que a identidade e imagem do meu filho serão mantidas em sigilo.

Fui informado que caso haja quaisquer dúvidas relativas à pesquisa, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, Garithuzy Macedo Oliveira, pelo fone: (63) 99284-2342, ou pessoalmente, no endereço: Rua 12, Qd 06, Lt 03, CEP: 77826-592, Araguaína/TO. Declaro que recebi uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de ler, pensar e esclarecer as minhas dúvidas.

Araguaína, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora
Garithuzy Macedo Oliveira

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados para crianças sobre saúde bucal.

Projeto de Pesquisa: **O impacto de atividades educativas para o empoderamento de estudantes em relação à saúde bucal.**

Questionário

Data da entrevista: ___/___/___

Número: _____

1. Você é um menino ou uma menina?
 Menino Menina

2. Quantos anos você tem?
 9 10 11

3. Você mora com quem? _____

4. O que você acha dos seus dentes? _____

5. Os seus dentes ou a sua boca te incomodam?
 Sim Não
Fale sobre isso: _____

6. Você sente dor de dentes ou dor na boca?
 Sim Não
Quando dói? _____
Como? _____

7. Você já ficou com cheiro ruim na sua boca?
 Sim Não
Me explique: _____

8. Você já ficou triste ou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?
 Sim Não
Me explique: _____

9. Você tem o hábito de comer guloseimas (bolachas recheadas, balas, pirulitos e chicletes)?
 Sim Não
Quando? _____
Quantas vezes ao dia? _____

10. Você escova os dentes depois de comer guloseimas (bolachas recheadas, balas, pirulitos e chicletes)?
 Sim Não
11. Você já foi ao dentista?
 Sim Não
Quando? _____
O que o dentista fez? _____
12. Você limpa seus dentes?
 Sim Não
Quando? _____
13. O que você usa para limpar seus dentes? _____
14. Todas as pessoas da sua casa têm escova de dente?
 Sim Não
15. Você usa creme dental?
 Sim Não
Qual a quantidade?
 do tamanho de um grão de feijão em todo o comprimento das cerdas
Outro: _____
16. Você usa fio dental?
 Sim Não
17. Quem te ensinou a escovar os dentes? _____
Quando? _____
18. Você gosta de escovar seus dentes?
 Sim Não
Me explique: _____
19. Você gosta de passar fio dental nos dentes?
 Sim Não
Me explique: _____
20. Por que você limpa seus dentes? _____
21. O que você entende sobre cárie dental? _____
22. O que causa a cárie dental? _____

23. Você já teve cárie? _____

Se sim, você foi ao dentista para tratar?

24. Você já quebrou algum dente por acidente? _____

Se sim, o que foi feito em seguida? _____

APÊNDICE D – JOGO DE CAÇA PALAVRAS

“Jogo de caça palavras”

Complete as lacunas abaixo e, em seguida, encontre palavras escondidas sobre saúde e cuidados com a higiene bucal no “Jogo de caça palavras”:

1. Na minha boca tenho dentes de leite e também dentes _____.
2. Depois das refeições, depois de comer doces e antes de dormir preciso higienizar minha _____.
3. Além dos dentes, não posso me esquecer de escovar a _____.
4. Para limpar meus dentes preciso de 3 itens: _____, _____ e _____.
5. O _____ é o profissional que cuida dos dentes.
6. A _____ é uma doença que surge quando não cuidamos dos nossos dentes.
7. Para ter uma boa saúde bucal é preciso ter _____.

P	E	R	M	A	N	E	N	T	E	S	W	A	D	D	C
W	H	T	L	K	Ç	W	S	X	V	B	N	M	E	U	R
H	C	Á	R	I	E	A	F	J	C	L	G	D	N	T	T
R	D	V	Â	U	C	B	F	I	O	D	E	N	T	A	L
B	A	C	A	T	G	F	B	M	V	T	B	Z	I	C	N
O	T	U	S	L	Í	N	G	U	A	N	J	T	S	G	A
C	R	E	M	E	D	E	N	T	A	L	U	T	T	Ç	Ã
A	D	H	I	G	I	E	N	E	G	U	I	X	A	F	Y

APÊNDICE E – FICHA PARA TÍTULO E DESENHOS PARA A CARTILHA
“CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA”

Olá amiguinha e amiguinho!! Deixe registrado nos quadros quais informações você acha importante para estarem presentes na cartilha sobre saúde e higiene bucal.

Lembre-se que você pode sugerir textos, desenhos, figuras ou outras coisas legais!

Sugestão de Título da
cartilha: _____

APÊNDICE F – FICHA PARA ESCOLHA DO TÍTULO DA CARTILHA**TÍTULOS SELECIONADOS PELAS PESQUISADORAS**

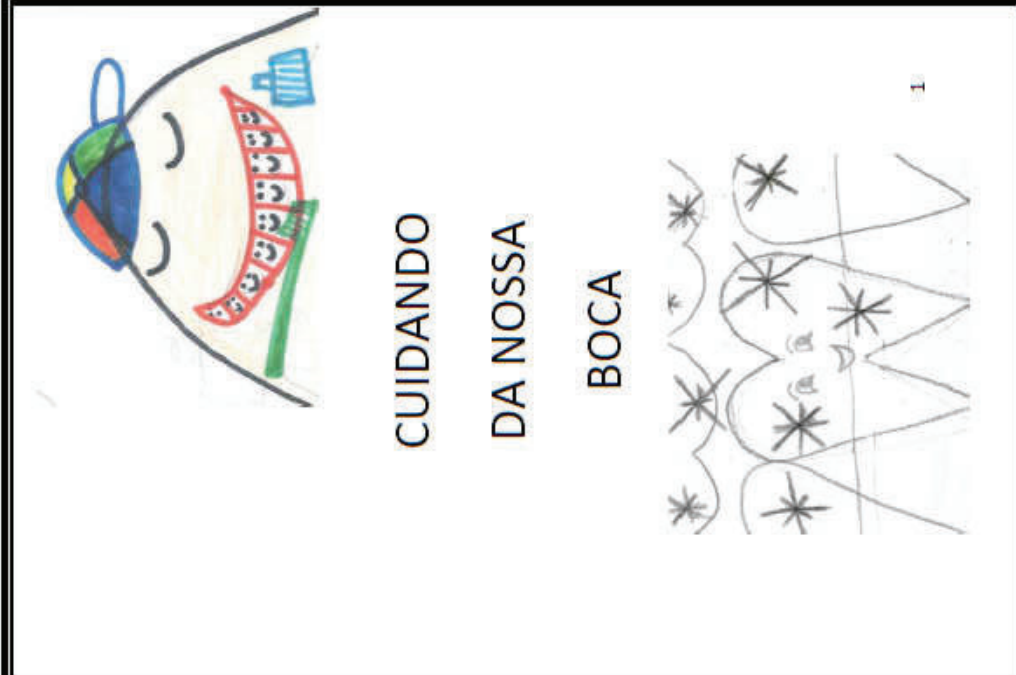
Olá amiguinho!! Marque um “X” no título que, na sua opinião, melhor representa a cartilha sobre “Saúde e higiene bucal”.

() Título 1

() Título 2

() Título 3

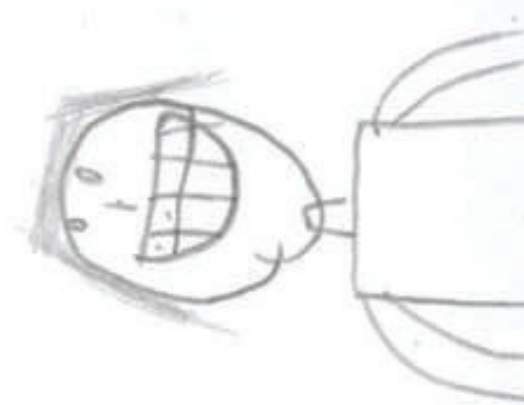
APÊNDICE G – CARTILHA



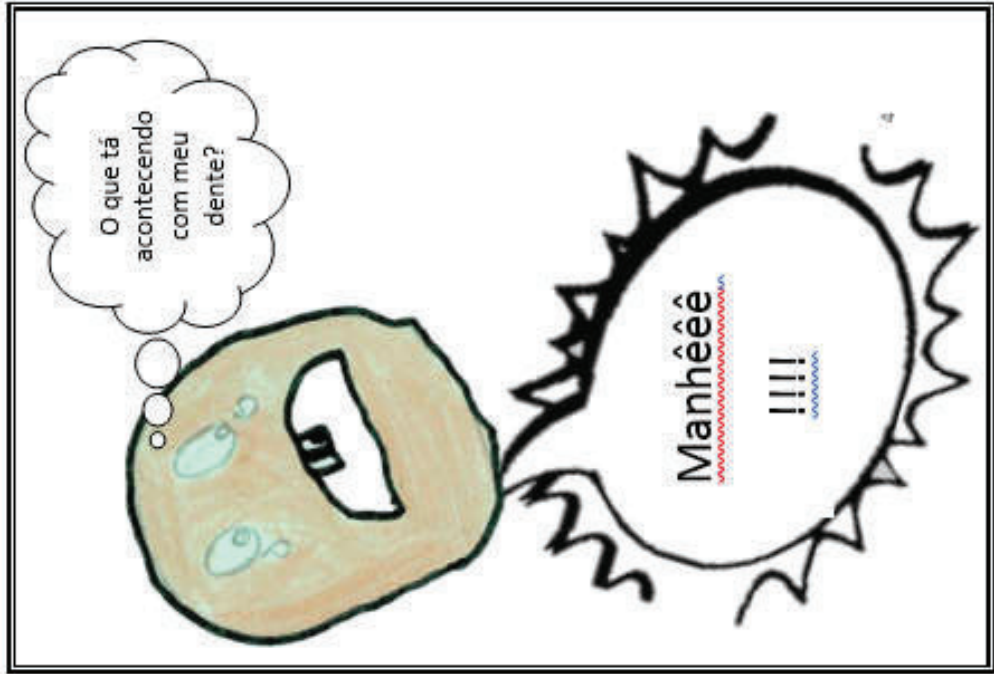
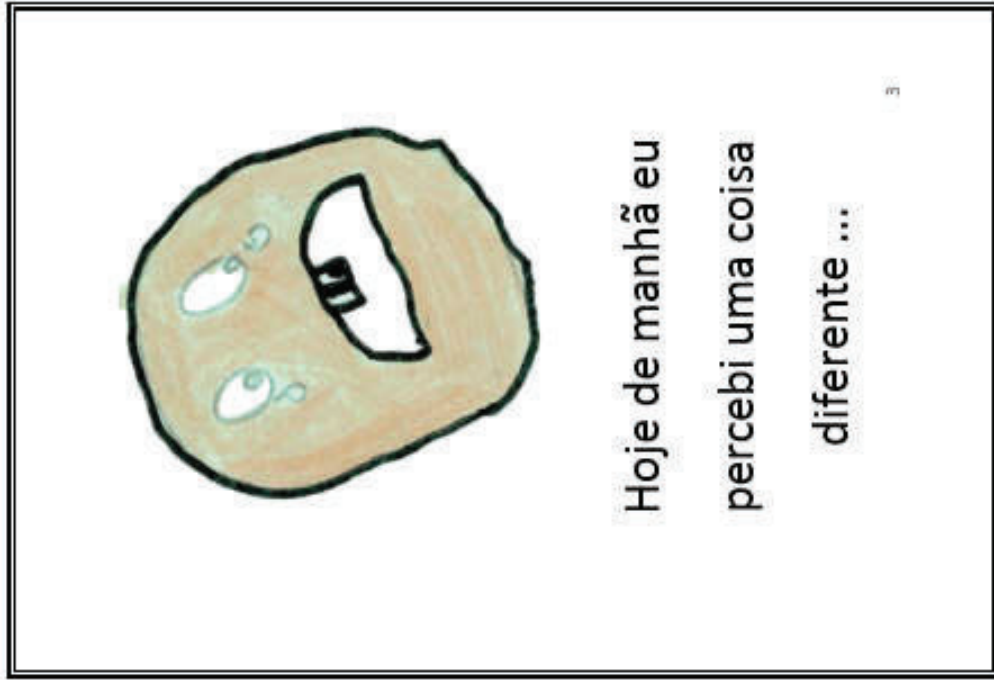
CUIDANDO
DA NOSSA
BOCA

1

Oi, eu sou _____
e tenho 5 anos.



2



Ufa!

Não era nada demais!

Minha mãe falou que meu
dente de leite tinha

começado a amolecer, que
ele vai ficar mais molinho
ainda, depois vai cair e dar
lugar pra um

dente novo, maior
e que vai ficar pra
sempre na minha
boca!



5

Depois de alguns dias a
dentista foi na escola e
explicou direitinho:

Dentes decíduos	Dentes permanentes

6

Ela também contou que
existe um tal de
biofilme dental!

Eu entendi que era monte de
bactérias grudadinhas umas
nas outras, que ficam em
cima da gengiva, língua e dos
dentes.



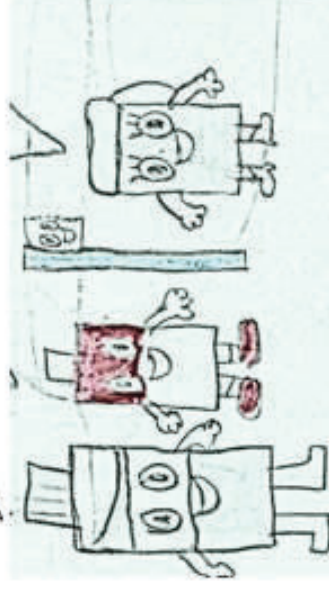
A gengiva vai ficar
vermelha, dolorida e às
vezes vai sangrar.

É a gengivite!!

Se isso começar a acontecer
tenho que melhorar minha
higiene, melhorar a limpeza da
minha boca. Como?



- Passando o fio dental entre todos os dentes;
- Escovando todos os lados dos dentes e da gengiva;
- Usando uma escova macia com pouco creme dental.



Outra doença importante é a **cárie!**

Ela acontece nos dentes.

Lembra das bactérias?



11

Então, elas vão se alimentar dos restos de alimentos da nossa boca e vão liberar ácidos que vão começar a destruir o dente.

É o início da cárie!



12

Aqui temos que
ter atenção em
duas coisas:

1º nos alimentos
que comemos e

2º em nossa
higiene bucal!

13



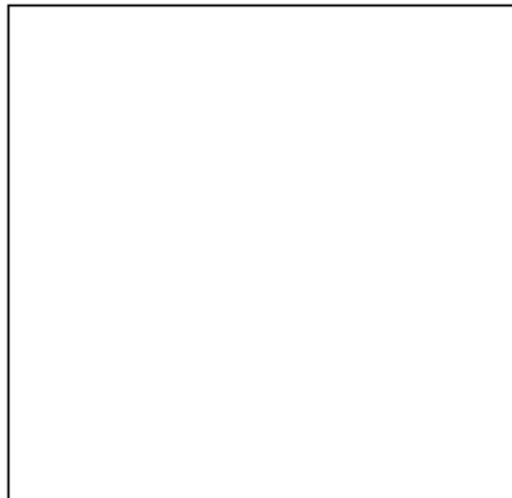
Existem alimentos que
sujam mais os dentes,
são os carboidratos.

Os piores são os doces
e grudentos!

14

Alguém aí pode me dar um exemplo?

Desenhe:



Então devo
PARAR
de comer
guloseimas???



Não é necessário parar!
 Temos que diminuir a
 quantidade de vezes que
 comemos, ou seja,
 a frequência!

E aí entra uma aliada!

A higiene!



Depois de comer **DEVEMOS**
 higienizar bem a boca!

Como ???



Volte na página 9 e leia o que
 está escrito no balão!

Mas aqui vão mais algumas dicas:

TÉCNICA DO USO DO FIO DENTAL



TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO



Não podemos esquecer de escovar bem a língua!



Jogando a sujeira pra
fora, não teremos
aquele cheirinho ruim
na boca, o mau hálito.



21

E não podemos nos
esquecer de consultar
com o dentista
SEMPRE!

Sempre que
percebermos alguma
mudança na nossa
boca, ou mesmo antes
de percebermos.

22

Tem coisas que só o dentista vai saber se está certo ou não!
 E ele vai nos ajudar a prevenir essas doenças pra sermos sempre

sadios.



23



Afinal,
 a saúde da boca
 é muito
 importante!!!!

24

NOTA DA AUTORA

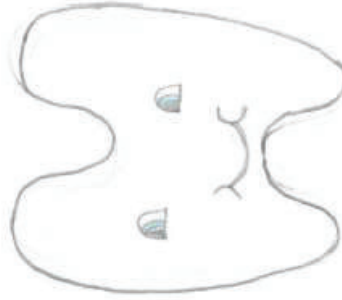
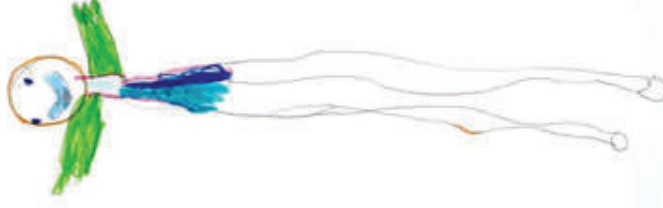
Esse material foi produzido como parte de um projeto desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciência e Saúde – PPGES da Universidade Federal do Tocantins.

Trata-se de um material educativo sobre saúde bucal escrito de forma colaborativa pelos pesquisadores e os 43 escolares dos 4º e 5º anos da Escola Municipal Santa Luzia de Araguaína – Tocantins, em 2018. Grande parte das ilustrações foi feita pelas crianças, as quais dedico essa cartilha.

Fiquem à vontade para colorir!

Garithuzy Macedo Oliveira

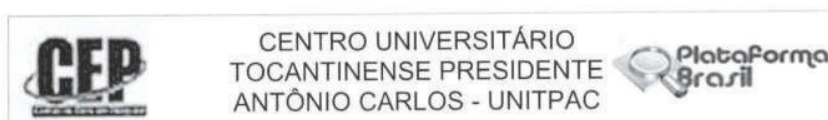
26



25

ANEXOS

ANEXO A –PARECER



Continuação do Parecer: 2.329.420

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes da participação nessa pesquisa estão relacionados a desconforto emocional ou constrangimento ao responder as perguntas do questionário e/ou participação nas atividades propostas. Caso tal situação seja identificada pelas pesquisadoras ou relatada pela criança, imediatamente a entrevista será interrompida e o participante encaminhado para apoio psicopedagógico da escola, para avaliação e condutas. No entanto, a realização desta pesquisa se justifica pelos benefícios que podem ser alcançados.

Os resultados e a participação do seu filho(a) na pesquisa poderão colaborar para maior conhecimento dos profissionais de saúde em relação às práticas de educação em saúde bucal, bem como conhecer as demandas de saúde bucal das crianças. Por conseguinte, poderão corroborar para promoção e proteção da saúde e higiene bucal infantil. Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação do(a) pesquisadora. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social com foco na prevenção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

Revisar normas científicas ABNT.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

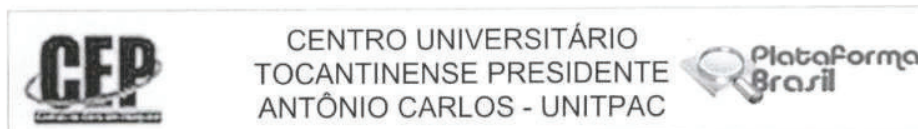
O Colegiado vota com o relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_940506.pdf	07/08/2017 23:50:09		Aceito

Endereço: Av. Filadélfia, nº568, Setor Oeste.
 Bairro: Araguaína CEP: 77.816-540
 UF: TO Município: ARAGUAINA
 Telefone: (63)3411-8500 E-mail: cep@itpac.br

Prof. Romualdo Flávio Dropa
 Coordenador do
 CEP-UNITPAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE ESTUDANTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

Pesquisador: GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69847417.2.0000.0014

Instituição Proponente: Faculdades de Ciências Humanas Econômicas e da Saúde de Araguaína

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.329.420

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, em que serão entrevistadas crianças com idades entre nove e onze anos, matriculadas no 4º e no 5º ano da Escola Santa Luzia, localizada no Município de Araguaína, Tocantins, Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o impacto de atividades educativas no empoderamento de crianças de uma escola pública em relação à saúde e higiene bucal.

Descrever o perfil sociodemográfico de crianças estudantes do ensino fundamental de uma escola pública;

Identificar o conhecimento de crianças sobre saúde bucal, antes e após participação em atividade educativa;

Identificar práticas implementadas por crianças em relação à higiene bucal, antes e após participação em atividade educativa;

Descrever o processo de construção de material educativo, na modalidade cartilha, sobre saúde bucal;

Apresentar a opinião de criança sem relação à implementação de atividades educativas sobre saúde bucal na escola.

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

UF: TO

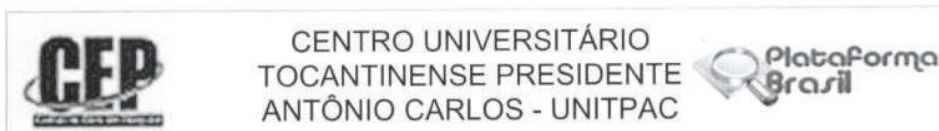
Telefone: (63)3411-8500

Município: ARAGUAINA

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br

Prof. Romualdo Flávio Dropa
Coordenador do
CEP-UNITPAC



Continuação do Parecer: 2.329.420

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2017 23:48:50	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	7.pdf	07/08/2017 23:47:02	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/08/2017 23:42:44	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/08/2017 23:42:08	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	09/06/2017 22:38:48	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAORESULTADOS.pdf	09/06/2017 22:38:16	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICEF.pdf	09/06/2017 22:31:15	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICEE.pdf	09/06/2017 22:30:12	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICEDjogo.pdf	09/06/2017 22:29:36	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICEA.pdf	09/06/2017 22:27:59	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICEQUESTIONARIO.pdf	09/06/2017 22:27:28	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/06/2017 22:12:36	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIASEMED.pdf	09/06/2017 22:07:29	GARITHUZY MACEDO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAGUAINA, 15 de Outubro de 2017

Assinado por:

ROMUALDO FLÁVIO DROPA
(Coordenador)*Prof. Romualdo Flávio Droga*
Coordenador do
CEP-UNITPAC

Endereço: Av. Filadélfia, nº 668, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

CEP: 77.816-540

UF: TO Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-8500

E-mail: cep@itpac.br