

ANNA LÚCIA MELO IGDAL

**CONHECIMENTO E LITERACIA EM SAÚDE BUCAL DE
PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL: o primeiro
passo para ações educativas na escola**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2016**

ANNA LÚCIA MELO IGDAL

**CONHECIMENTO E LITERACIA EM SAÚDE BUCAL DE
PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL: o primeiro passo
para ações educativas na escola**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabela Almeida Pordeus

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Viviane Elisângela Gomes

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

I24c
2016
T

Igdal, Anna Lúcia Melo

Conhecimento e literacia em saúde bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para ações educativas na escola / Anna Lúcia Melo Igdal. – 2016.

160 f.: il.

Orientador: Isabela Almeida Pordeus

Co-orientador: Viviane Elisângela Gomes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Saúde bucal. 2. Promoção da saúde. 3. Educação em saúde bucal. 4. Alfabetização em saúde. 5. Saúde escolar I. Pordeus, Isabela Almeida. II. Gomes, Viviane Elisângela. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK D047

FOLHA DE APROVAÇÃO

Conhecimento e literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a construção da Intersetorialidade

Anna Lúcia Melo Igdal

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 28 de janeiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Isabela Almeida Pordeus
FO/UFMG

Viviane Elisângela Gomes
FO/UFMG

Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG

Thalita Thyrza de Almeida Santa-Rosa
UNIMONTES

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO de Anna Lúcia Melo Igdal

Aos 28 dias de janeiro de 2016, às 14:00horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Isabela Almeida Pordeus (Orientador) – FO/UFMG, Viviane Elisângela Gomes (Co-orientador) - FO/UFMG, Efigênia Ferreira e Ferreira - FO/UFMG e Thalita Thyrza de Almeida Santa-Rosa – UNIMONTES para julgamento da dissertação intitulada **Conhecimento e literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a construção da Intersectorialidade**. A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profª. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 28 de janeiro de 2016.


Isabela Almeida Pordeus
FO/UFMG


Viviane Elisângela Gomes
FO/UFMG


Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG


Thalita Thyrza de Almeida Santa-Rosa
UNIMONTES

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os educadores e profissionais de saúde que acreditam no poder transformador da união dos setores Educação e Saúde.

Dedico também a todos os alunos e professores do Ensino Fundamental.

Agradecimentos

Graças a Deus tenho muito a agradecer, pois durante minha caminhada sempre pude contar com pessoas maravilhosas.

Aos meus pais, quero agradecer por todos os dias que dormiram mais tarde e acordaram mais cedo do que eu, para que fosse possível o meu crescimento pessoal e profissional. À minha irmã Lucianna, quero agradecer pelas conversas, ajudas e momentos compartilhados. Ao meu marido Jorge, quero agradecer por toda ajuda e suporte tanto no campo pessoal quanto durante a elaboração e formatação deste trabalho.

A todos de Nova Lima-MG que participaram diretamente ou indiretamente deste trabalho, muito obrigada, sem a ajuda e empenho de vocês nada disso seria possível. Ao Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais e ao Departamento de Odontologia de Nova Lima-MG obrigada pelos materiais cedidos que contribuíram para a realização deste trabalho.

No âmbito acadêmico, a muitos devo agradecer. Agradeço a todos os professores (da escola até a faculdade) que com muita dedicação contribuíram para a minha formação. Em especial, às Professoras Isabela Pordeus e Viviane Gomes por todo o aprendizado que tive durante nossa convivência e pelas importantes contribuições para que este trabalho se concretizasse. Também agradeço à Professora Cristiane Bendo pela grande ajuda e contribuições.

Agradeço ainda às Professoras Mara Vasconcelos e Simone Dutra pelo empenho para a existência do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ao Reitor da UFMG, Jaime Arturo

Ramírez e ao ex-diretor da Faculdade de Odontologia, Prof. Evandro Neves Abdo pelo apoio dado para a criação desse programa de Mestrado Profissional.

Às Professoras: Jessica Lee (EUA), Lisa Jamieson (Austrália), Noemí Bordoni (Argentina), Cléa Garbin (São Paulo/ Brasil) e Fernanda Morais (Paraná/ Brasil) por toda a ajuda e artigos enviados.

Aos funcionários envolvidos no programa do Mestrado, em especial ao Edmilson pela eficiência que sempre demonstrou ao me ajudar.

Por último, mas não menos importante! Quero agradecer a todos os meus amigos do Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da UFMG muito obrigada pela convivência, pelas experiências, emoções e momentos compartilhados.

“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”

Paulo Freire, 1998.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no Brasil em 2007 e dentre seus objetivos está a aproximação dos setores saúde e educação. Este programa prevê a execução de ações intersetoriais de promoção da saúde em ambiente escolar. Dentro do sistema educacional destacam-se os professores dos anos iniciais do ensino fundamental, pois eles dominam as técnicas de ensino-aprendizagem, convivem diariamente com os alunos, conhecem o contexto social dos mesmos e exercem grande influência no comportamento dos alunos. Portanto, é de extrema importância a atuação deles em programas educativos voltados aos escolares. Mas para contar com a atuação de tais profissionais, no contexto da promoção de saúde bucal, primeiro é necessário conhecer o grau de informações que eles possuem (nível de conhecimento) e como obtêm, compreendem e utilizam tais informações para tomadas de decisões (literacia em saúde bucal). Após esse diagnóstico, o próximo passo é capacitar esses profissionais para que possam construir estratégias e ações educativas que possam ser executadas na escola. Este trabalho procurou contar com a participação de tais profissionais para a implementação de ações do PSE no âmbito da promoção da saúde bucal. Teve como objetivos: avaliar o nível de conhecimento e literacia em saúde bucal de professores dos anos iniciais do ensino fundamental, capacitá-los e construir um material educativo com a participação dos mesmos. Este trabalho constituiu em um estudo de caso realizado com 14 professores de uma escola municipal de ensino fundamental em Nova Lima-MG, Brasil. Foram utilizados dois instrumentos validados no Brasil: um questionário autoaplicável de 19-itens que avaliou o conhecimento em saúde bucal e o teste de literacia em saúde bucal BREALD-30. Os instrumentos foram aplicados antes e depois da capacitação. O programa de capacitação promoveu um aumento significativo no nível de literacia em saúde bucal ($p= 0,002$). Foi produzido com a ajuda dos professores um material (Guia de Saúde Bucal na Escola) com textos voltados aos professores e sugestões de atividades a serem desenvolvidas com os alunos. **Conclusões:** o programa de capacitação realizado por esse trabalho elevou o nível de literacia em saúde bucal dos professores; promoveu a construção coletiva de um material educativo e contribuiu para a aproximação entre os profissionais da educação e saúde.

Palavras chaves: Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Educação em Saúde, Alfabetização em Saúde, Saúde Escolar.

ABSTRACT

The Health on School Program (HSP) was established in Brazil in 2007 and among its objectives is the approach of the health and education sectors. This program provides for the implementation of intersectoral health promotion actions in the school environment. Inside the education system stand out the teachers in the early years of elementary school, they dominate the teaching-learning techniques, live daily with the students, know the social context of them and have great influence on the students' behavior. Therefore, it is of utmost importance their performance in educational programs for schoolchildren. But to have the performance of such professionals, in the context of oral health promotion, it is first necessary to know the degree of information they possess (level of knowledge) and how to obtain, understand and use such information for decision-making (oral health literacy). After this diagnosis, the next step is to train these professionals so they can build strategies and preventive actions that can be performed at school. This study sought to have the actuation of such professionals to implement HSP actions under the oral health promotion. And aimed to: assess the level of knowledge and oral health literacy teachers in the early years of elementary school, train them and build an educational material with their actuation. This study was a case study done with 14 teachers from a municipal elementary school in Nova Lima- MG, Brazil. Two validated instruments were used: a self-administered questionnaire 19 items that assessed the oral health knowledge and the oral health literacy test BREALD-30. The instruments were applied before and after the training. The training program caused a significant increase in oral health literacy level ($p = 0.002$). It was produced with the help of teachers a material (Guide to Oral Health in Schools) with texts geared to teachers and suggestions for activities to be developed with students. **Conclusions:** the training program conducted for this study has raised oral health literacy level of teachers; promoted the collective construction of an educational material and provided a connection between the education and health professionals.

Keywords: Oral Health, Health Promotion, Health Education, Health Literacy, School Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Promoção de Saúde no mundo: uma breve cronologia.....	23
Quadro 2 - Conferências Nacionais de Saúde – temas.....	25
Quadro 3 - Dimensões e respectivas subdimensões da literacia em saúde.....	30
Quadro 4- Fórmula SMOG.....	51
Quadro 5-Temas abordados nos encontros.....	54
Fotografia 1 - Materiais utilizados no programa de capacitação.....	55
Figura 1 - Processo da construção coletiva do material educativo.....	56
Gráfico 1- Fontes de informação sobre saúde bucal declaradas pelos professores. Nova Lima- MG, 2015.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos professores de uma escola de ensino fundamental. Nova Lima – MG. 2015	64
Tabela 2 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal antes da capacitação. Nova Lima – MG. 2015.....	66
Tabela 3 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal depois da capacitação. . Nova Lima – MG. 2015	67
Tabela 4 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal antes e depois da capacitação. Nova Lima – MG. 2015	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	O Conceito Saúde	19
2.2	Promoção da Saúde.....	21
2.2.1	Promoção da Saúde Bucal.....	26
2.3	Literacia em Saúde	29
2.3.1	Literacia em Saúde Bucal	31
2.4	Educação	32
2.5	Educação em Saúde	33
2.6	O Papel do Professor na Promoção da Saúde Bucal.....	38
2.7	Programa Saúde na Escola	45
3	JUSTIFICATIVA	47
4	OBJETIVOS.....	48
4.1	Objetivo Geral	48
4.2	Objetivos Específicos	48
5	HIPÓTESE	49
6	METODOLOGIA.....	50
6.1	Tipo de estudo e campo da pesquisa.....	50
6.2	População do estudo	50
6.3	Instrumentos de coletas de dados	50
6.3.1	Dados pessoais e profissionais	50
6.3.2	Avaliação do nível de conhecimento em saúde bucal	50
6.3.3	Avaliação da literacia em saúde bucal.....	51
6.3.4	Fórmula SMOG	51
6.4	Variáveis estudadas	52
6.4.1	Variáveis dependentes	52
6.4.2	Variáveis independentes	52
6.5	Estudo piloto.....	52
6.6	Estudo principal.....	52
6.6.1	Diagnóstico do perfil e das informações sobre saúde bucal	53
6.6.2	Capacitação dos professores.....	53
6.6.3	Construção coletiva de um material educativo.....	56

6.7 Aspectos Éticos	57
7 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	58
7.1 Produto Científico.....	58
7.2 Produto Técnico.....	77
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
9 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A	86
APÊNDICE B.....	87
APÊNDICE C.....	88
APÊNDICE D	89
APÊNDICE E.....	90
APÊNDICE F	91
ANEXO A	92
ANEXO B	96
ANEXO C	98
ANEXO D	99
ANEXO E	100
ANEXO F.....	101

1 INTRODUÇÃO

No passado, “Saúde” já foi definida como ausência de doença (CARNEIRO, 2010) fazendo com que os problemas de saúde fossem abordados apenas por meio de ações curativas. Com o passar do tempo, notou-se que essas intervenções baseadas no modelo biomédico não impediam a ocorrência de enfermidades. Percebeu-se então, a necessidade de lidar com as doenças por meio de uma abordagem pautada na prevenção, surgindo então o modelo preventivo e a ideia da Promoção da Saúde.

No campo da saúde bucal não foi diferente. Com base no modelo biomédico acreditou-se por muitos anos que o cuidado estava apenas relacionado aos procedimentos cirúrgico-restauradores. Entretanto, nas últimas décadas destaca-se o maior entendimento dos determinantes biológicos, individuais e sociais das doenças bucais e com isso abordagens mais efetivas considerando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde têm sido desenvolvidas (TODESCAN; SIMA, 1991; WEYNE, 1997).

Tendo em vista que as ações pontuais de assistência à saúde não têm produzido impacto sobre o bem-estar das pessoas e grupos sociais e sabendo-se que os determinantes sócio-econômico-culturais influenciam no processo saúde – doença, as novas abordagens da saúde coletiva têm como pressuposto a promoção da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentarem o controle e melhorarem a saúde delas (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1986). A partir dessa definição, coloca-se a importância do empoderamento do indivíduo para que ele, por meio de uma participação ativa, seja capaz de manter a própria saúde e, se possível, promover a saúde das outras pessoas.

Entre as possibilidades de ações de promoção da saúde, a atuação de uma equipe multiprofissional é uma estratégia importante no campo da saúde coletiva (PINHEIRO *et al.*, 2005), essa atuação pode se dar por meio de programas e ações educativo-preventivas.

Os programas educativo-preventivos desenvolvidos nas escolas oferecem uma ótima relação custo/efetividade, pois com um baixo custo promovem a democratização dos conhecimentos em saúde para os escolares e favorecem o empoderamento dos mesmos para lidarem com o processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2007).

Entretanto, o setor educação tem apresentado lacunas no processo de desenvolvimento de habilidades pessoais adequadas para acessar, entender, avaliar e utilizar as informações para melhorar a saúde. O conjunto dessas habilidades é definido como literacia em saúde (WHO, 2013).

Paralelo a isso, apesar dos esforços do setor saúde para a promoção da saúde bucal dos indivíduos, ainda há uma distância entre os conhecimentos em saúde bucal e as práticas e comportamentos (SISTANI *et al.*, 2013a).

Sendo assim, é muito importante que o setor saúde estabeleça estratégias de aproximação com o sistema educacional em virtude da capacidade e abrangência desse sistema (AZODO; UMOH, 2015; GARBIN *et al.*, 2008; VASEL *et al.*, 2008). Cabe ressaltar que a educação é considerada como um dos determinantes da saúde bucal e está relacionada à prevenção e controle da cárie dentária (CAMPOS; GARCIA, 2004).

Os professores da educação infantil e ensino fundamental são considerados potenciais agentes promotores de saúde devido a sua proximidade com as crianças e suas famílias, por essa razão são atores essenciais na fase escolar para conscientização sobre questões de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2005), pois atuam como educadores na formação de opiniões e na assimilação de informações (CAMPOS; GARCIA, 2004).

No campo da saúde bucal, deseja-se que o professor tenha: uma noção básica de saúde e higiene bucal, autocuidado com a boca e conhecimento da cárie dentária como doença. Ao possuir esses conhecimentos ele poderá ser um importante parceiro das equipes de saúde bucal nas ações de promoção da saúde dos escolares (GHIORZI, 2008).

Para que os professores possam atuar como agentes de educação em saúde junto aos escolares, são necessários programas educativos que visem o aumento no nível de conhecimento sobre saúde bucal desses profissionais (SANTOS *et al.*, 2002).

Sabendo das limitações dos programas de promoção da saúde executados e planejados apenas por profissionais de saúde e consciente da importância e grau de abrangência do setor educação, em 2007, o Governo instituiu o Programa de Saúde na Escola no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. O programa evidenciou a importância e responsabilidade dos educadores na realização da educação em saúde que, por sua vez, deve ser contínua, permanente e pautada no princípio da intersetorialidade (BRASIL, 2007).

No campo da saúde, a intersetorialidade é definida como a integração entre os serviços de saúde e outros órgãos com a finalidade de articular políticas e programas (BRASIL, 2008a). E essa integração é fundamental visto que o processo saúde-doença tem como determinantes fatores que transcendem as ações exclusivas do setor Saúde (FACCIN *et al.*, 2010).

Sendo assim, este trabalho pretende mostrar como foram desenvolvidas ações de promoção da saúde bucal a partir do estabelecimento da parceria com o setor Educação. Será demonstrada a construção dessa parceria e o que resultou dela.

Este trabalho foi realizado no município de Nova Lima-MG e teve como principal motivação traçar estratégias para o controle e prevenção da doença cárie em alunos dos anos iniciais do ensino fundamental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Conceito Saúde

“Saúde e *salud* (este em castelhano) derivam de uma mesma raiz etimológica: *salus*. No latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros” (REY, 1993 apud ALMEIDA-FILHO, 2000, p.300).

A percepção do que é saúde é um reflexo do contexto social, econômico, político e cultural de cada época e sociedade. A concepção mágico-religiosa do processo saúde-doença retratava a doença como um resultado da ação de forças alheias ao organismo, essas poderiam ser maus espíritos ou demônios e se instalavam no organismo por causa do pecado ou de uma maldição. Já para os antigos hebreus, a doença não era decorrente da atuação de forças malignas, pelo contrário, a doença representava um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos devido à desobediência ao mandamento divino. Já os gregos cultuavam vários deuses dentre eles estavam Higiéia (a deusa da Saúde) e Panacea (a deusa da Cura). O culto a Higiéia representava uma valorização das práticas higiênicas. A deusa Panacea representava a ideia de que tudo poderia ser curado e para os gregos, a cura era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por rituais. Ainda na Grécia surgiu o Pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), com uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. Em um texto intitulado de: A doença sagrada, Hipócrates afirmava que a doença tinha uma causa natural. Ele também postulou que no corpo humano existiam quatro fluidos ou humores (a bile amarela, a bile negra, o fleuma e o sangue) e que quando esses fluidos estavam em equilíbrio tinha-se a saúde e quando havia um estado de desorganização desses elementos instalava-se a doença. A obra hipocrática caracterizou-se pela observação empírica, pelos casos clínicos nela registrados e pela visão epidemiológica do processo saúde-doença. No texto “Ares, águas, lugares” ele discutia os fatores ambientais ligados à doença, defendendo a influência do ambiente no processo saúde-doença. Daí emergiria a ideia de miasma (palavra originada do latim que significa “maus ares”). Tempos depois na Europa durante a Idade Média, a religião cristã defendeu que a doença era resultado do pecado e que para obter a cura era necessário ter fé. Isso trouxe de volta a concepção religiosa da doença. E assim os tempos foram passando e intercalando-se as duas concepções paradoxas de saúde e doença (visão de doença como influência de forças espirituais e doença como desequilíbrio biológico). No século XVIII, foram realizados estudos na França e Alemanha que associaram a presença de enfermidades e mortalidade com

nível de renda, urbanização, proletarianização e condições sanitárias. Esses dados impulsionaram o início da Medicina Urbana na França e da Polícia Médica ou Sanitária na Alemanha. No século XIX, o médico inglês John Snow (1813-1858) realizou um estudo pioneiro da cólera em Londres, esse estudo se opôs à ideia existente na época de que a cólera era decorrente dos maus ares (teoria miasmática) e introduziu a ideia de contágio. É importante destacar que na época desse estudo ainda não se sabia da existência de micro-organismos. Até que no final do século XIX, Louis Pasteur utilizando um microscópio revelou a existência de micro-organismos causadores de doença, o que possibilitou a introdução de soros e vacinas. Pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; e a partir daí doenças poderiam ser prevenidas e curadas. Mas, com todos esses avanços, ainda não havia um conceito universalmente aceito do que era saúde. Foi só após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que isso aconteceu. (ALMEIDA-FILHO, 1986; BARATA, 1996; SCLiar, 2007).

A OMS divulgou no dia 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde) uma carta de princípios, a qual conceituava a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito implicava no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (SCLiar, 2007). Embora representasse um avanço em relação ao conceito anterior que definia a saúde como ausência de doença, essa definição recebeu críticas por ter sido considerada como inatingível, utópica e bastante subjetiva. Para Capoli (1997 apud CARNEIRO, 2010, p.20), “o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, é valorizado como ‘normal’ ”.

Anos mais tarde, em 1986, ocorreu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa conferência o conceito de saúde foi ampliado para:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p 4).

Ainda em 1986, a Carta de Ottawa conceituou a saúde como um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como um conceito positivo que tem como requisitos para sua garantia a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. Nesse documento definiu-se que a Saúde “não deve ser vista

como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Essa definição contrapõe-se à concepção biomédica, na qual há o enfoque da dimensão anatomofisiológica e possui um modelo assistencial centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico. No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 por meio do artigo 196º acrescenta a noção de direito ao conceito saúde: “um direito de todos e dever do estado” (CARNEIRO, 2010).

Esse direito é reafirmado na Lei nº 8080 de 19 de Dezembro de 1990 no artigo 2º. Ainda nessa lei, o artigo 3º traz a concepção dos fatores determinantes da saúde:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a renda, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, transporte, o lazer e o acesso aos bens de serviços essenciais...

No Brasil ainda há o predomínio do modelo biomédico (Medicina Curativa e Preventiva) nos modelos de atenção à saúde que são adotados. Esse modelo não tem se mostrado eficaz, pois não considera os determinantes sociais do processo saúde-doença e porque as intervenções biomédicas atuam mais no combate à doença, isoladamente, não havendo a preocupação de integrar os diversos setores da sociedade para ações conjuntas intersetoriais e multidisciplinares (BYDLOWSKI, 2011).

2.2 Promoção da Saúde

O movimento da promoção da saúde surgiu contra a acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (BUSS, 2000). O termo promoção da saúde foi usado em 1974 por Mark Lalonde (Ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá) no documento “A New Perspective on the Health of Canadians” no qual Lalonde argumentou que as principais causas de morte e doença não são as características biológicas e sim o meio ambiente e o estilo de vida dos indivíduos (GHIORZI, 2008; LALONDE, 1974; NADANOVSKY, 2000). Marco inicial da moderna promoção da saúde no Canadá, esse documento - também conhecido como Informe Lalonde - afirma que a saúde é determinada

por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: Biologia Humana (constituição orgânica do indivíduo); Ambiente (esse agrupa os fatores externos ao organismo); Estilos de vida (conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde) e Organização da Atenção à Saúde – que se refere à disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (BECKER, 2001). Os fundamentos desse informe se encontravam no conceito de “campo da saúde”, introduziram os chamados “determinantes de saúde” e estabeleceram as bases para a conformação de um novo paradigma formalizado na URSS, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, com a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” e formalizado também na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá (HEIDMANN *et al.*, 2006).

A Declaração de Alma Ata define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e é um direito humano fundamental. De acordo com essa declaração é direito e dever dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde e é responsabilidade dos governos proporcionar, aos seus povos, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Sendo os cuidados primários de saúde a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A promoção da saúde tem no seu discurso o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais (CZERESNIA, 1999). E desde 1986, ela já era definida pela Carta de Ottawa, como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, não sendo uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. Os cinco princípios para promoção de saúde definidos nessa carta foram: desenvolvimento de habilidades pessoais, ação comunitária, política pública saudável, existência de um ambiente de apoio adequado e reorientação dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Foi a partir desse documento que a percepção da promoção da saúde passou a valorizar o impacto que as condições socioeconômicas, políticas e culturais exercem sobre a saúde dos indivíduos. Além disso, houve o reconhecimento de que a promoção da saúde se dá por meio de atividades intersetoriais e não como responsabilidade exclusiva do setor saúde (IERVOLINO; PELICIONI, 2005). Os princípios citados na Carta de Ottawa têm servido de guia para quase todas as ações de promoção de saúde da nova corrente da Saúde Pública, na qual a saúde é

cada vez mais buscada por meio das atividades de outros setores da sociedade, como por exemplo: a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria e a mídia (NADANOVSKY, 2000). A semente do conceito abrangente da promoção da saúde expresso na Carta de Ottawa encontra-se, na realidade, na Declaração de Alma-Ata (BUSS, 1999).

Além da Conferência em Ottawa (1986), outras três importantes Conferências Internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas em Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jakarta (1997) e estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS, 1999). Em Adelaide (Austrália), a II Conferência sobre Promoção à Saúde foi marcada pelo propósito de estabelecer políticas públicas, para uma vida mais saudável, apontando quatro áreas prioritárias (saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool) e criação de ambientes favoráveis. Na Suécia, a Declaração de Sundsvall enfocou a temática da ecologia e ambiente nas questões de saúde e visava à criação de ambientes promotores de saúde, que deveriam ser guiados pelo princípio da equidade. Em Jakarta (Indonésia) ocorreu a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo enfoque foi o da participação social e a saúde, enquanto direito essencial humano (CARNEIRO, 2010).

No Quadro 1 estão resumidos alguns marcos na Promoção da Saúde no mundo.

Quadro 1 - Promoção de Saúde no mundo: uma breve cronologia

Promoção da Saúde no mundo: uma breve cronologia	
Ano	Evento
1974	Informe Lalonde
1977	Saúde para Todos no Ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde: Declaração de Alma-Ata (URSS)
1979	População Saudável/ Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, US-DHEW (EUA)
1980	Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/Black Report on Inequities in Health, DHSS (Grã-Bretanha)
1984	Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Européia
1986	I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Carta de Ottawa (Canadá)
1987	Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
1988	II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (Austrália) De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho – OMS (URSS)
1991	III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde (Suécia)
1992	Conferência Internacional sobre Promoção de saúde na região das Américas Declaração de Santa Fé de Bogotá (Colômbia)

1997	IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante (Indonésia)
2000	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Tailândia)
2009	VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Quênia)
2011	Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde (Brasil) Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde
2012	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
2013	VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Finlândia)

Fonte: Buss PM (2000) modificada

A promoção da saúde, no sentido mais amplo, é uma ação que busca a melhoria da qualidade de vida das pessoas, e a prevenção é uma parte dela. Ela é uma mudança paradigmática, pois admite que para ser uma pessoa saudável a ausência de doença não é suficiente e nem necessária. Por essa percepção admite-se a coexistência de um estado saudável e certo nível de doença. Essa ideia representa um afastamento muito grande do modelo médico clássico, fundamentado essencialmente na presença ou não da doença. (NADANOVSKY, 2000).

Ao se dispor a fazer uma ação promotora de saúde, o profissional da área da saúde precisa ter em mente que a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para um ganho na qualidade de vida e saúde, ou seja, significa oferecer oportunidades para que as pessoas obtenham um padrão de vida aceitável que inclua o direito a trabalho digno, educação, lazer, habitação, bom funcionamento do organismo, dentre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A promoção da saúde tem como meta uma real melhora da saúde da população e propõe novas formas de atuações que envolvem importantes enfoques sobre fatores sociais e econômicos. Essas atuações se dão por meio de ações intersetoriais, multidisciplinares, de descentralização das decisões e de capacitação das pessoas para que elas participem da formulação de políticas públicas saudáveis e dos processos de decisão (BYDLOWSKI *et al.*, 2011). A promoção da saúde é entendida como o conjunto das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e outros setores sociais, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde no âmbito individual e coletivo (ANDRADE, 2008). Pode-se dizer ainda que a promoção da saúde tem como propostas: “a articulação de saberes técnicos com os populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, sejam eles públicos ou privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes” (BUSS, 1999, p.179).

No Brasil houve muitos avanços nessas questões e uma parte desse progresso foi resultado das Conferências Nacionais de Saúde (QUADRO 2) que foram instituídas em 1937 (no primeiro governo de Getúlio Vargas) por meio da Lei nº378 de 13/01/1937. Com essa lei, o Governo Federal reorganizou o Ministério da Educação e Saúde e estabeleceu as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde com objetivo de articular e conhecer as ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde (BRASIL, 2009).

Quadro 2 - Conferências Nacionais de Saúde – temas

Conferência	Ano	Tema
1ª	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
8ª	1986	1) Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde. 3) Controle social. 2) Implantações do SUS. 4) Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde. 3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1) Controle social. 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil. 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e

		humanização na atenção à saúde, com controle social. 4) Recursos humanos. 5) Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
12 ^a	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1) Direito à saúde. 2) A Seguridade Social e a saúde. 3) A intersetorialidade das ações de saúde. 4) As três esferas de governo e a construção do SUS. 5) A organização da atenção à saúde. 6) Controle social e gestão participativa. 7) O trabalho na saúde. 8) Ciência e tecnologia e a saúde. 9) O financiamento da saúde. 10) Comunicação e informação em saúde.
13 ^a	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: 1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
14 ^a	2011	Tema central: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Eixo temático: 1) Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.
15 ^a	2015	Tema central: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.

Fonte: www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf (modificada).

A concepção atual da promoção da saúde refere-se a uma:

“combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (BUSS, 2000, p.165-166).

2.2.1 Promoção da Saúde Bucal

Na Odontologia, muitas estratégias foram colocadas em prática para solucionar os problemas causados pela cárie e doença periodontal. Porém, é muito mais fácil e simples

evitar o aparecimento dessas doenças do que tratá-las depois de instaladas ou mesmo limitar a extensão de seus danos (SANTOS *et al.*, 2003a).

No passado, os dentistas eram considerados aptos a melhorar a saúde bucal dos pacientes quando fossem capazes de confeccionar boas restaurações, próteses e extrações dentárias bem sucedidas. Dessa forma os tratamentos odontológicos iniciavam-se apenas após as instalações dos danos (lesões cariosas e bolsas periodontais). E a partir daí começava o chamado “tratamento curativo” de tais lesões. Com o passar do tempo, notou-se - tanto em consultórios particulares quanto em serviços públicos - que muitos pacientes que ainda estavam recebendo restaurações em um quadrante da dentição, retornavam com novas lesões cariosas em outros quadrantes. Assim, em muitos casos, esse ciclo vicioso do paradigma cirúrgico-restaurador só terminava com a extração do dente (WEYNE, 1997).

Muitos países industrializados, nas décadas de 60 e 70, começaram a perceber que os volumosos recursos financeiros destinados ao tratamento das doenças cárie e periodontal por meio de intervenções cirúrgico-restauradoras, não apresentavam uma boa relação custo-benefício. Teve-se a certeza dessa constatação após os resultados de estudos epidemiológicos que mostraram que esse tipo de atenção odontológica não trazia melhoras nos níveis de saúde bucal das pessoas e também não reduzia a necessidade de tais intervenções (WEYNE, 1997).

No Brasil não foi diferente. Nas cidades nas quais a prioridade foi conferida às ações curativas na dentição permanente de crianças através do Sistema Incremental não houve a diminuição na incidência das lesões cariosas. Esse sistema foi introduzido no país a partir da década de 50 e priorizou a atenção aos escolares do sistema público com idade entre 6 e 14 anos e, apesar de inserir medidas preventivas, tinha o enfoque curativo- reparador (BRASIL, 2008). Por outro lado, houve cidades que conseguiram a redução de CPO-D. As causas mais prováveis para essa redução, principalmente na faixa etária de 6 a 14 anos, foram a universalização do uso de dentifrícios, consolidação da fluoretação da água na zona urbana, ampliação do uso de medidas preventivas em consultórios particulares e em serviços públicos (PINTO, 2000)

As fragilidades conceituais e científicas do modelo de atenção cirúrgico-restaurador levaram os países industrializados a investirem consideráveis quantias em pesquisas que descrevessem as etiopatogenias das doenças bucais associadas à placa bacteriana. Anos mais tarde, os conhecimentos resultantes dessas pesquisas permitiram a estruturação de um novo paradigma da prática odontológica. Com essa nova filosofia, esses países conseguiram elevar

substancialmente os níveis de saúde bucal da população, através da prevenção e controle das doenças cárie e periodontal (WEYNE, 1997).

No final dos anos 70, a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral foram instituídas no Brasil e tinham como principais características: a promoção e prevenção de saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com a incorporação de pessoal auxiliar nas atividades educativas. A introdução de auxiliares já havia ocorrido com o Sistema Incremental, porém eles apenas ajudavam no trabalho a quatro mãos, foi só depois da década de 70 que eles passaram a ter acesso aos conhecimentos da época relativos à doença cárie e o papel de transmiti-los (BRASIL, 2008).

Com os avanços trazidos pelo Informe Lalonde (1974), Declaração de Alma Ata (1978) e Carta de Ottawa (1986), houve o reconhecimento de que a promoção da saúde se dá por meio de atividades intersetoriais e não como responsabilidade exclusiva do setor saúde. Essa ideia também influenciou positivamente as ações de Promoção de Saúde Bucal.

No campo da saúde, as ações intersetoriais são intervenções realizadas para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que podem conduzir a ambientes saudáveis. Para a realização dessas ações, é necessário o estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde (BRASIL, 2008). Tais ações são estratégias importantes para a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis de atenção. O processo de construção dessas ações requer a troca e a construção coletiva de saberes entre os setores envolvidos com a finalidade de produzir soluções para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva (MORETTI *et al.*, 2010).

Para a realização das ações de promoção da saúde se faz necessária a intersectorialidade, pois tais ações são mais efetivas se houver parcerias com outros setores, como por exemplo: a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria, a mídia, o governo e as organizações não governamentais. Essas entidades exercem influência nos hábitos e comportamentos dos indivíduos, daí a importância do envolvimento dessas para o sucesso das ações de promoção de saúde e de saúde bucal. Assim, um cirurgião-dentista terá melhores chances de influenciar os hábitos dietéticos das crianças por meio de alianças com os professores e com os pais, visando melhorar a qualidade da alimentação oferecida nas escolas e em casa, do que tentando persuadir os alunos a ingerirem menos açúcar (NADANOVSKY, 2000). A promoção de saúde bucal a ser desenvolvida na escola deve contar com o apoio da comunidade escolar, tal

apoio pode se dar por meio do fornecimento de alimentos saudáveis pela cantina, da inclusão de tópicos de saúde no currículo escolar e da disponibilidade de espaços adequados para a higienização. As ações de promoção da saúde bucal no ambiente escolar também podem se dar por meio de programas de capacitação de professores e funcionários (ANDRADE, 2008). A prevenção odontológica em escolas é simples, de fácil aplicação, baixo custo e tem grande valor no enfrentamento das doenças bucais, doenças essas que diminuem o rendimento escolar e a qualidade de vida dos alunos, afetam a autoestima negativamente dos mesmos e constituem um dos principais motivos do absentismo escolar (GITIRANA *et al.*, 2003; KUBO, 2010).

2.3 Literacia em Saúde

A literacia é a capacidade de ler e escrever (LEE *et al.*, 2007). Esse conceito vem sendo utilizado na área da saúde e trata-se da habilidade de ler e compreender informações básicas relacionadas à saúde, recebendo o nome de literacia em saúde (ISHIKAWA *et al.*, 2008; WHO, 2013). Para Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de literacia em saúde vai mais além do que a simples compreensão do que é lido. Num documento dedicado a esse tema, a OMS adota a seguinte definição de literacia em saúde:

Literacia em saúde está ligada à literacia e envolve o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessarem, compreenderem, avaliarem e aplicarem informações sobre saúde com finalidade de fazerem julgamentos e tomarem decisões no dia a dia sobre os cuidados de prevenção de doença e promoção de saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (WHO, 2013, p.3).

Essa definição foi apresentada pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde na publicação *The European Health Literacy Survey* (WHO, 2013) e através dela são apresentadas as quatro dimensões da literacia em saúde (acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações sobre a saúde) e suas respectivas subdimensões (QUADRO 3).

Entender e trabalhar com o conceito de literacia em saúde tem se mostrado cada vez mais necessário (VANN *et al.*, 2010), pois o nível de literacia em saúde tem sido associado com nível de conhecimentos em saúde, habilidades de manejo de doenças (AMA, 1999), adesão às instruções médicas, aumento das boas condições de saúde (LEE *et al.*, 2007), morbidade (VANN *et al.*, 2010), comportamentos de risco, qualidade da saúde de uma

comunidade, número de hospitalizações, custos (WHO, 2013) e atendimentos de emergência (SISTANI *et al.*, 2013a).

Quadro 3 – Dimensões e respectivas subdimensões da literacia em saúde

Dimensões	Acessar ou obter informação relevante para a saúde	Compreender informação relevante para a saúde	Avaliar informação relevante para a saúde	Aplicar ou usar informação relevante para a saúde
Subdimensões				
Cuidado em Saúde	1) Capacidade de acessar informações médicas sobre questões clínicas	2) Capacidade de compreender o significado de informações médicas	3) Capacidade de avaliar as informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões baseadas nos assuntos médicos
Prevenção de doença	5) Capacidade de acessar informações sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreender o significado de informações sobre fatores de risco	7) Capacidade de avaliar informações sobre fatores de risco	8) Capacidade para fazer julgamento sobre a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção de saúde	9) Capacidade de atualizar-se sobre questões relacionadas à saúde	10) Capacidade de compreender o significado de informações sobre saúde	11) Capacidade de avaliar as informações relacionadas a saúde	12) Capacidade para refletir e formar uma opinião sobre as questões relacionadas à saúde

Fonte: WHO (2013)

Estudos têm mostrado que o alto nível de literacia em saúde tem sido associado com melhores estados de saúde relatados (VANN *et al.*, 2010), estilos de vida saudáveis, tais como boa alimentação e prática de exercícios, aumento na capacidade da busca de soluções dos problemas individuais e coletivos (ISHIKAWA, *et al.*, 2014).

Por outro lado, baixos níveis de literacia tem sido relacionados com baixa escolaridade, baixa adesão aos tratamentos, maior velocidade na progressão das doenças (SISTANI *et al.*, 2013a), baixa compreensão sobre prevenção e tratamentos das doenças (WEHMEYER *et al.*, 2014) e baixos níveis de conhecimento em saúde (JUNKES *et al.*, 2015). Isso é decorrente da limitação em acessar e compreender as informações em saúde e instruções médicas que propiciam as tomadas de decisões em assuntos ligados ao gerenciamento das questões de saúde (ISHIKAWA *et al.*, 2014).

Devido a sua importância, a literacia em saúde tem se consolidado como um componente importante do cuidado em saúde (VANN *et al.*, 2010) e como um dos preditores mais fortes para o “status” de saúde de uma população, pois ela é o meio e o resultado das ações de promoção do autocuidado, empoderamento das pessoas e a participação das mesmas em suas comunidades (WHO, 2013).

2.3.1 Literacia em Saúde Bucal

A literacia em saúde bucal (LSB) segue a mesma lógica da literacia em saúde (JONES *et al.*, 2013). Trata-se da capacidade de obter, ler, compreender e utilizar as informações básicas sobre saúde bucal para tomadas de decisões apropriadas em saúde (SISTANI *et al.*, 2013 a). Dentro do contexto da saúde bucal, sabe-se que o nível de LSB está diretamente relacionado com o grau entendimento de informações sobre saúde e com a adesão a um tratamento (BRESS, 2013).

Ela tem sido considerada como um dos determinantes da condição de saúde bucal e está associada com a condição de saúde bucal autodeclarada e com frequência da escovação dentária independentemente da quantidade de anos de estudos, etnia, idade e dos outros determinantes socioeconômicos (VANN, *et al.* 2010; SISTANI *et al.*, 2013 b). Também tem sido demonstrado que inadequados níveis de literacia em saúde bucal influenciam negativamente a saúde bucal (BRESS, 2013; GUO, *et al.* 2014) e qualidade de vida gerando um grande impacto financeiro em toda sociedade (BRESS, 2013).

Para mensurar a literacia em saúde bucal, vários instrumentos têm sido formulados e validados, tais como REALD-30 (LEE *et al.*, 2007), REAL-D 99 (RICHMAN *et al.*, 2007), OHL-AQ (SISTANI *et al.*, 2013 a), HeLD (JONES *et al.*, 2013). Entretanto, apenas o REALD-30 está validado no Brasil, onde recebeu o nome de BREALD-30 (JUNKES, 2013; JUNKES *et al.* 2015).

A mensuração da literacia em saúde bucal é uma nova ferramenta com grande potencial para os sistemas públicos, pois os serviços podem, através dela, avaliar o acesso aos cuidados de saúde bucal desde as barreiras pessoais até a identificação de aspectos dos serviços em saúde que podem ser melhorados para elevar a condição de saúde bucal de comunidades (JONES *et al.*, 2013).

Baixo nível em literacia em saúde tem se tornado preditor de condição de saúde bucal ruim (JONES *et al.*, 2013) e tem se constituído como um problema que envolve o sistema educacional. Segundo a Associação Médica Americana:

[...] baixa literacia no cenário dos cuidados em saúde é percebida como um problema do sistema educacional, e o setor da saúde está relutante ao dedicar seu tempo, energia e recursos para lidar com os problemas que não são especificamente do domínio da medicina (AMA, 1999, p.555-556).

Além das ações executadas de forma isolada pelo setor saúde (AMA, 1999), o setor educação também tem apresentado lacunas para facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais adequadas para acessar, entender, avaliar e usar informações para melhorar a saúde (WHO, 2013).

Provavelmente, a possibilidade de minimizar essas lacunas esteja nas ações que incluam a promoção da literacia em saúde (SISTANI *et al.*, 2013). E uma importante ação é adequação da linguagem usada nos materiais de educação em saúde, pois os materiais educativos produzidos apenas pelos profissionais de saúde, freqüentemente apresentam níveis de complexidade que excedem a capacidade de compreensão das pessoas a que se destinam (AMA, 1999) podendo dificultar ainda mais o entendimento das informações sobre saúde (BRESS, 2013). E é nesse contexto que entram os educadores (dentre eles, os professores) e a educação em saúde.

2.4 Educação

Para ter uma melhor qualidade de vida, os indivíduos e grupos devem estar aptos a identificar necessidades e promover mudanças a fim de satisfazê-las, sendo a educação um instrumento de grande importância para tais atitudes (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Atualmente sabe-se que a educação tem um papel relevante quando se deseja a realização de qualquer mudança profunda na sociedade, pois a educação é comunicação, é a discussão de um assunto, em que os participantes não são apenas espectadores, mas pessoas ativas que podem problematizar e tentar mudar a própria realidade (PEREIRA, 2002).

De acordo com a Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino

e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996).

A educação tem papel importante no desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde, merecendo atenção especial a escola e o professor, por estarem mais próximos dos alunos (BYDLOWSKI, 2011). A interação professor – aluno vai além do campo profissional, pois trata-se de uma relação humana construída com respeito, ética e entendimento de que o aluno não é um elo passivo nesse processo. Visto que ele traz consigo uma bagagem de experiências e conhecimentos, ocorrendo então a troca de saberes (ALBUQUERQUE, 2004).

Para educar é necessário entender o processo ensino-aprendizagem. Nesse processo ensinar é definido de maneira ampla como “fazer com que as pessoas aprendam” e aprendizagem como “o processo pelo qual a conduta se modifica em resultado da experiência” (KUETHE, 1974 apud PETRY; PRETTO, 1997). Ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (FREIRE, 1996).

Todos os processos educativos baseiam-se numa determinada pedagogia. Essa por sua vez, possui a concepção de como conseguir que as pessoas aprendam algo para que a partir do aprendizado ocorram modificações no comportamento (BORDENAVE apud OPAS, 1983).

2.5 Educação em Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.534), “para se promover saúde não é suficiente apenas informar. É necessária uma relação dialógica, uma comunicação emancipadora, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa e criativa”. Para a promoção de saúde tanto de indivíduos quanto de comunidades, são necessárias importantes ferramentas como: a informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação de massas (BUSS, 1999). Segundo a OPS/UNESCO (1993) citado por Buss (1999):

A comunicação em saúde é uma estratégia para compartilhar conhecimentos e práticas que possam contribuir para a conquista de melhores condições de saúde, que inclui não apenas a provisão de informações, como também elementos de educação, persuasão, mobilização da opinião pública, participação social e promoção de audiências críticas (OPS/UNESCO citado por BUSS, 1999, p 180).

“Educação em Saúde” significa combinações de experiências de aprendizagem que tem como missão o despertar de ações voluntárias relativas à saúde (CANDEIAS, 1997; HAIKAL *et al.*, 2014) que proporcionem à aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e de atitudes e construção de valores que levem o sujeito a agir no seu dia-a-dia

em benefício da própria saúde e da saúde da coletividade (VASEL *et al.*, 2008) sendo fundamental para mudanças de hábitos e estilo de vida (PINTO, 2000). É objetivo da educação em saúde conscientizar as pessoas para que elas sejam capazes de realizar escolhas saudáveis, enquanto que é objetivo da promoção de saúde fazer com que as escolhas saudáveis sejam escolhas mais fáceis (NADANOVSKY, 2000).

A educação em saúde é uma poderosa ferramenta da Promoção da Saúde que tem como função: capacitar os educandos para atuarem como agentes transformadores da realidade na qual estão inseridos (IERVOLINO; PELICIONI, 2005). Ela já foi compreendida como uma prática que se situava na intercessão da polícia médica, do higienismo e da puericultura, porém evoluiu paralelamente com o conceito de promoção da saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Atualmente, a promoção da saúde é vista como um processo de capacitação do indivíduo para melhoria e controle de sua saúde. Nesse sentido, a educação em saúde é considerada um importante campo de conhecimentos e de práticas para se promover a autonomia dos sujeitos. Assim, o setor educacional pode ser um aliado fundamental para concretizações de ações voltadas ao fortalecimento das capacidades dos indivíduos para manterem a saúde, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de política voltada para a qualidade de vida (MS, 2002). A partir dessa perspectiva, o Ministério da Saúde vêm destacando a necessidade da articulação dos setores Saúde e Educação para a realização de ações intersetoriais (KUBO, 2010).

A promoção de saúde na escola é uma estratégia eficaz para alcançar o desenvolvimento e a qualidade de vida dos alunos, pois pode criar oportunidades para que os mesmos desenvolvam conhecimentos sanitários, hábitos higiênicos e modos de vida saudáveis e evitem adotar comportamentos prejudiciais à saúde (ANDRADE, 2008).

Após a Carta de Ottawa (1986), a promoção de saúde passou a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. Para viabilizar ações de promoção da saúde, foram colocadas como estratégias: a reorganização dos serviços, mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais (ALBURQUERQUE; STOTZ, 2004). Na Carta de Ottawa há cinco estratégias para a promoção de saúde: implantação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. E faz parte de todas essas estratégias, a educação em saúde por ser fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde

(ALBURQUERQUE; STOTZ, 2004; HEIDMANN *et al.*, 2006). Segundo Andrade (2008), a Carta de Ottawa, em 1986, reconhece que:

A escola, dentro das comunidades, é um ambiente importante de ensino, aprendizagem, convivência, desenvolvimento, crescimento e educação para valores. É, portanto, um espaço com grande potencial para desenvolver programas de promoção de saúde, já que tem uma influência grande sobre crianças e adolescentes durante seu processo formativo (ANDRADE, 2008, p.18).

“É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde”. Também “é freqüente encontrarmos atividades educativas que transmitem conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida das populações” (ALBURQUERQUE; STOTZ, 2004, p.265). Para ensinar não basta o domínio do conteúdo: deve-se considerar o “como ensinar”, e para isso precisa-se de um mínimo de formação pedagógica para que se alcance o produto final desejado: a transformação da realidade resultante da modificação do comportamento via novos conhecimentos (BORDENAVE, 1983).

Na Odontologia, o processo educativo é utilizado para alcançar mudanças de comportamento necessárias à aquisição, manutenção e promoção de saúde. Para conseguir que as pessoas aprendam como manter a saúde, não é suficiente passar informações sobre as causas e métodos de prevenções das doenças, é imprescindível despertar o interesse de aprender para que a aprendizagem se torne um prazer e para que os indivíduos a ela dediquem o melhor de seu tempo e esforço (PETRY; PRETTO, 1997). Tanto a motivação quanto a seleção correta do método de ensino (tipo de pedagogia a ser utilizada) são importantes para se alcançar os resultados esperados. Para despertar interesse ao educar e motivar as pessoas (principalmente as crianças) em relação aos hábitos de higiene bucal, o profissional deve dispor de criatividade, meios, técnicas e materiais apropriados (GITIRANA *et al.*, 2003). Os materiais devem conter uma linguagem específica de acordo com a faixa etária e nível sócio-econômico do público-alvo (SANTOS *et al.*, 2003).

No Brasil, a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, estabeleceu que os gestores municipais deveriam desenvolver ações de promoção da saúde e foi definida, como um dos principais dispositivos, para tal, a educação em saúde (CARNEIRO, 2010).

A educação em saúde geralmente é desenvolvida por meio de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escolas etc., ou por meio da comunicação de massas, utilizando-se diversas mídias (BUSS, 1999). Os programas de educação em saúde

desenvolvidos na escola, focando os comportamentos e hábitos saudáveis na infância, são capazes de melhorar o nível de conhecimento das crianças sobre o processo saúde-doença, apresentando como vantagens a eficiência e o baixo custo para a democratização de conhecimentos em saúde (SILVA *et al.*, 2007).

A escola é uma importante instituição de educação dos indivíduos, ela exerce grande influência sobre a saúde dos alunos e promove a formação de cidadãos ativos e críticos, melhorando assim a qualidade de vida da sociedade (NADANOSVSKY, 2000; DIAS *et al.*, 2004). É também o local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois ela possibilita a inclusão de todos os alunos nesse processo, inclusive aqueles que não têm acesso aos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2003a). Tais programas mostram-se efetivos, pois conseguem atingir e incluir uma ampla parcela da população através de um baixo custo operacional (AMITH *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2004).

No campo da saúde bucal, as ações educativas devem “fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos”. E devem “difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir para o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de gerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da própria qualidade de vida” (BRASIL, 2008b, p.25). As ações de educação em saúde bucal devem ser integradas à educação em saúde geral, por meio das atividades realizadas pelos professores e por toda a equipe escolar (KUBO, 2010).

O processo de educação e motivação desenvolve, no indivíduo, a “consciência crítica das reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção de sua saúde” (SANTOS *et al.*, 2002, p.389).

Couto *et al.* (1992), citados por Medeiros *et al.* (2004), afirmam que a motivação, mediante a educação e a conscientização do indivíduo é a única proposta viável para diminuição das doenças bucais. A motivação de pessoas é uma das tarefas mais difíceis em Odontologia, pois não segue uma técnica definida. A prova disso é que a grande maioria das pessoas sabe que para ter uma boa saúde bucal é necessário escovar os dentes diariamente, mesmo assim em muitos casos a higiene oral é deficiente. Uma possível causa para essa distância entre conhecer a importância da higiene bucal e realizá-la corretamente é o fato dos procedimentos de controle mecânico da placa bacteriana serem de difícil execução, exigirem tempo, destreza, persistência e treinamento (PETRY; PRETTO, 1997). Outra possível causa

está no fato da higienização bucal ser vista como algo que não desperta o prazer em sua execução por ser enfadonho e repetitivo (MARTINS DA SILVA, *et al.*, 2003). Devido a esse grau de dificuldade, só consegue-se a introdução de hábitos de higiene bucal, quando os indivíduos se sentem motivados (PETRY; PRETTO, 1997).

A educação em saúde bucal em grupos tem um potencial multiplicador da informação que se deseja transmitir muito maior do que a abordagem individual, daí a utilização cada vez mais extensa da comunicação de massas para realizar a educação em saúde (BUSS, 1999). Além disso, trata-se de uma importante estratégia tanto para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e intervenção sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença, quanto para programas de caráter formativo, voltados para a constituição de multiplicadores em diferentes cenários (SESC, 2007), como por exemplo, o cenário da escola. Desse modo, o escolar pode agir como agente multiplicador de informação ao compartilhar os conhecimentos e experiências vivenciadas na escola com a família (SALIBA *et al.*, 2003). Entretanto, a educação em saúde bucal em grupos depende da habilidade do ministrador em motivar o grupo e da existência de um interesse comum à maioria. Já as mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrerem como consequência do contato pessoa a pessoa. O trabalho em grupo não deve substituir o contato individual, pelo contrário, deve reforçá-lo (PINTO, 2000).

“A organização de programas eficazes de educação em saúde bucal se justifica pela prevalência de doenças bucais em especial a cárie e doença periodontal” (PEREIRA, 2002, p.35). Sendo assim muitas equipes de saúde bucal utilizam a educação em saúde como o recurso principal para a promoção da saúde bucal das comunidades na quais atuam. Moretti *et al.* (2010) realizaram estudo transversal de metodologia quantitativa e qualitativa, com coleta de dados por meio de um questionário autoaplicável para a análise da intersetorialidade nas ações de promoção de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal da rede de saúde do município de Curitiba-PR. O questionário foi respondido por um membro da equipe de saúde bucal local em 67 Unidades de Saúde. Do total de respondentes, 65 (97%) consideraram que realizavam alguma ação intersetorial de promoção de saúde em articulação com outros setores. Entretanto, a análise de conteúdo dos questionários das 65 equipes que afirmaram realizar ações intersetoriais evidenciou que apenas quinze (23,1%) equipes relataram ações com características que justificaram a qualificação da ação como intersetorial e cinquenta (76,9%) equipes relatavam ações setoriais desenvolvidas em outros espaços que não os ligados ao setor saúde. A maior parte se referia a ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação dental supervisionada,

aplicação tópica com flúor e bochechos fluoretados, realizadas em outros espaços, geralmente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Essas ações foram consideradas pelos autores como ações potencialmente intersetoriais, pois eram promovidas sem um envolvimento de outro setor que permitisse o reconhecimento dos diversos saberes e da interlocução de outros setores envolvidos, gerando ações fragmentadas e de pouco impacto. Os autores acreditam que para uma ação ser intersetorial tem que haver a participação do outro setor no planejamento e execução de tais atividades, por exemplo, quando realizadas na escola o setor Educação deve ter um papel ativo, pois quando a escola apenas cede o espaço físico para a Equipe de Saúde Bucal não há a intersetorialidade, o que leva a resultados temporários.

Tendo em vista o grande impacto da participação do Setor Educação nas ações intersetoriais que visem à educação em saúde bucal, a atuação dos professores no planejamento e execução de tais ações torna-se um pré-requisito para o sucesso das mesmas (SEKHAR *et al.*, 2014).

2.6 O Papel do Professor na Promoção da Saúde Bucal

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.533), “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”. A escola é uma importante instituição de educação, pois colabora na construção da cidadania de seus alunos e promove melhorias na qualidade de vida da sociedade. Essa colaboração pode se dar por meio do incentivo aos alunos a agirem como agentes transformadores da realidade em benefício de suas próprias vidas. Apesar disso, muitos programas de educação em saúde bucal enfatizam o conhecimento sem inseri-lo no contexto social ou na realidade dos estudantes (MARTINS *et al.*, 2008).

Normalmente, os profissionais da área de saúde têm praticado ações de Educação em Saúde na escola com intervenções específicas, a respeito de algum problema de saúde do momento. Um exemplo disso é só falar de dengue quando há uma epidemia de dengue. Essa abordagem não é adequada e, inclusive, contraria os Parâmetros Curriculares Nacionais. De acordo com esses parâmetros, os conteúdos de saúde devem ser inseridos no currículo de modo transversal e interdisciplinar (BRASIL, 2013). Isso significa que tais conteúdos devem

ser ministrados em todas as séries escolares e não devem se restringir a apenas a disciplina de ciências (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A educação em saúde quando executada exclusivamente com o olhar biomédico (focado apenas no controle e prevenção de doenças), tem apresentado pouca efetividade para promover os hábitos desejados. Cerqueira (2007), citado por FIGUEIREDO *et al.* (2010) pontua que:

[...] a escola, na maioria dos casos tem sido lugar de aplicação de controle e prevenção de doenças, porque o setor saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. Os professores frequentemente se queixam de que o setor saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas, com um programa mais participativo e protagonista de atenção à saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2010, p.400).

Para que haja sucesso nas ações educativas, as informações sobre saúde bucal devem ser inseridas nos currículos escolares (SEKHAR *et al.*, 2014). Mas para essa inserção, o setor saúde não tem autonomia, pois o currículo escolar é domínio do setor educação. Sendo assim, em vez de ações pontuais e isoladas, a melhor contribuição que a saúde poderia oferecer à educação seria a capacitação dos educadores para facilitar a transmissão das informações de saúde de modo transversal e interdisciplinar (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Dentro do sistema educacional tem destaque a figura do professor do ensino fundamental, pois exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos por terem contato diário com os alunos (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2007 ; SANTOS *et al.*, 2003^a; SEKHAR *et al.*, 2014). Devido à entrada da mulher no mercado de trabalho e aumento do tempo que tanto as mães quanto os pais passam trabalhando, o contato que as crianças e os jovens têm com os pais vem se reduzindo. Dessa forma, a escola passa a ter novas responsabilidades além da educação tradicional e o professor ganha um papel de destaque, pois muitas vezes ele é o adulto que mais tem contato com as crianças (BYDLOWSKI *et al.*, 2011).

Em razão do seu constante convívio com escolares, os professores podem colaborar com a educação em saúde bucal, promovendo educação quanto aos cuidados com a saúde bucal, atuando como parceiros dos programas preventivo-educativos (MEDEIROS, 2004; SEKHAR *et al.*, 2014).

Os professores são agentes multiplicadores de informações muito valiosos, pois ao mesmo tempo em que educam, eles conseguem motivar e desenvolver uma consciência crítica

em seus alunos (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2007) e possuem habilitação em psicologia educacional e técnicas didáticas (SILVA *et al.*, 2007).

Além disso, os alunos seguem o que os professores ensinam e por isso os professores têm um grande papel na transmissão de hábitos e valores de vida (AMITH *et al.*, 2013; SEKHAR *et al.*, 2014).

Logo, é importante que os cirurgiões-dentistas atuem de forma intersetorial promovendo a saúde bucal através de um trabalho conjunto entre profissionais da saúde e da educação, objetivando “educar em saúde” (MEDEIROS *et al.*, 2004).

Mas, para que o cirurgião-dentista possa trabalhar contar com a colaboração dos professores, devem ser avaliados os conhecimentos e atitudes dos professores em relação à etiologia, progressão e prevenção da cárie dental e da doença periodontal (SANTOS *et al.*, 2003a; AZODO; UMOH, 2015).

Vários estudos foram feitos com objetivo de avaliar o nível de conhecimento sobre saúde bucal e hábitos de higiene bucal de professores.

Santos *et al.* (2003a) realizaram um estudo em Araraquara (São Paulo - Brasil) através do qual aplicou-se um questionário aos cento e dez professores de ensino fundamental da rede pública da área urbana dessa cidade. Esse questionário foi composto de questões fechadas e abertas, relativas à etiologia, prevenção e evolução da cárie dental e doença periodontal, atitudes relacionadas ao comportamento de higiene bucal e fonte de informações sobre saúde bucal. Concluiu-se que, embora as atitudes relacionadas à saúde bucal da população estudada tenham se mostrado positivas, o conhecimento odontológico apresentou limitações, sugerindo a necessidade de estabelecer programas educativos direcionados a essa população.

Dias *et al.* (2004), num estudo visando evidenciar o papel da escola na construção de hábitos saudáveis dos alunos de educação infantil à quarta série do ensino fundamental da Escola de Educação Básica e Profissional Fundação Bradesco, Ceilândia, no período de 2001 a 2003, concluíram que os professores, para o desenvolvimento das ações de educação em saúde bucal, necessitam aprender a trabalhar de forma interdisciplinar com o tema transversal, ou seja, ministrar o conteúdo necessário do currículo escolar com o tema saúde bucal incluído.

Motivados pelos relatos na literatura sobre a necessidade de uma melhor formação dos professores de ensino fundamental a respeito de saúde bucal, para que esses possam atuar como agentes educativos junto aos escolares, Medeiros *et al.* (2004) realizaram um estudo para identificar os conhecimentos e atitudes de professores de 1ª a 4ª séries do ensino

fundamental de escolas públicas e particulares de João Pessoa, em relação à saúde bucal. Foram entrevistados 16 professores, sendo 10 da rede pública e 6 da rede privada. Durante as entrevistas foram abordados como pontos focais: conceito de educação, papel do educador, conceitos de saúde geral e bucal, forma de aquisição e transmissão desses conhecimentos e os principais problemas enfrentados pelos seus alunos com relação à saúde. Foram identificadas semelhanças e diferenças entre os dois grupos de professores. Em relação às semelhanças, os dois grupos de professores relataram o recebimento de informações sobre saúde geral e bucal, principalmente, através de palestras e leituras, poucos afirmaram ter recebido estas informações ao cursar o magistério ou curso superior ou ainda pelo seu dentista. Os perfis dos dois grupos de professores tornaram-se diferentes ao listar o tamanho e qualidade dos problemas de saúde geral e bucal observados em seus alunos e o grau de participação da família nos cuidados com os filhos. Os professores da rede privada afirmaram que a maioria de seus alunos não apresenta problemas odontológicos, pois se previnem adequadamente contra eles. Indicaram observar com frequência a efetiva participação da família perante os cuidados com seus filhos, e o acesso aos planos privados de saúde. Já os professores da rede pública apontaram a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (tanto público quanto privado) e destacaram a presença de cárie, perda dentária e doença gengival em seus alunos. Nesse grupo, alguns dos entrevistados disseram que, ao solicitarem a presença dos pais na escola, o grau de envolvimento é baixo.

Granville-Garcia *et al.* (2007) selecionaram nove escolas municipais de ensino fundamental em Caruaru (Pernambuco) e entrevistaram 147 professores. Os autores perceberam que houve um reconhecimento por parte dos pesquisados de que, depois dos cirurgiões-dentistas, os professores são os mais indicados para transmitirem conhecimentos sobre saúde bucal. Os dados revelaram que apenas 21,1% receberam informações sobre saúde bucal durante a sua formação pedagógica. Apesar de 87,8% dos pesquisados terem afirmado ser importante o assunto, somente 36,7% lecionam sobre saúde bucal. A maioria (91,8%) considerou importante a atuação do cirurgião-dentista na escola. Nessa pesquisa os diferentes níveis de escolaridade dentre os participantes não teve influência nos resultados, pois todos detinham conhecimentos básicos sobre saúde bucal semelhantes ao senso comum da população de uma forma geral. Um total de 80,3% respondeu que gostaria de receber uma capacitação. Esse trabalho concluiu que se faz necessária a elaboração de programas que visem uma educação continuada para tornar os educadores aptos a exercerem de forma mais efetiva o seu papel diante da sociedade.

Para Iervolino e Pelicioni (2005), essa educação continuada deve ser:

[...] um processo dinâmico e participativo, que facilite ao indivíduo o seu desenvolvimento, de modo que esse sinta que está crescendo enquanto pessoa e, portanto, impulsionando sua evolução, modificando o seu entorno e contribuindo para a evolução da sociedade (IERVOLINO; PELICIONI, 2005, p.100).

Tão importante quanto promover a capacitação dos professores é identificar se eles acham importante o papel da escola no processo de educação em saúde bucal se eles têm interesse em participar dessa atividade e se sentem motivados. Kubo (2010) realizou uma pesquisa com 89 educadores sobre a relação entre o professor e a educação em saúde bucal. Todos os voluntários acreditavam no papel da escola em educar os alunos em temas relacionados à saúde, 94% da amostra afirmaram trabalhar a educação em saúde como um tema transversal. Nesse trabalho foram identificadas como maiores dificuldades para ministrar conteúdos relacionados à Saúde Bucal, a falta de material e/ou atividades, a falta de incentivo e continuidade no desenvolvimento das atividades pela família, a falta de valorização da saúde bucal pelo próprio aluno e a falta de atuação de agentes de apoio externos às escolas como, por exemplo, dentistas. Para os professores participantes, a melhor forma das Faculdades de Odontologia ajudarem no desenvolvimento do tema Saúde Bucal seria orientando os alunos, os pais e a comunidade sobre a importância da saúde bucal, elaborando material didático e capacitando os professores sobre o tema.

Martins *et al.* (2008) distribuíram um questionário entre setenta e quatro professores de educação infantil e ensino fundamental de escolas particulares do município de Mesquita (Rio de Janeiro- Brasil). O questionário continha questões abertas e fechadas que versavam sobre saúde bucal e forma de atuação dos docentes com seus alunos com relação a esse tema. Os autores relataram que 78,4% da amostra trabalhavam com atividades educativas sobre saúde bucal, predominando a escovação com conversa informal na educação infantil e aulas e semana da saúde bucal no ensino fundamental. Dentre os educadores que não realizavam esse tipo de atividade, a falta de tempo foi a mais citada seguida pela resposta de não saber como fazer essa abordagem. Os pesquisadores concluíram que os docentes abordavam o tema saúde bucal sempre que possível, mas ficou evidente a necessidade de se incluir no currículo acadêmico atividades mais específicas para capacitá-los e propiciar uma maior integração entre esses profissionais e os cirurgiões-dentistas.

Além da falta de tempo relatada pelos professores que participaram do estudo descrito anteriormente, outras dificuldades para a construção da autonomia da escola para executar atividades educativas em saúde são a falta de instrumentos e metodologia, o que faz com que

tais profissionais não se sintam capacitados para executarem programas de promoção de saúde bucal (SESC, 2007).

O professor capacitado para promover a compreensão de conhecimentos sobre saúde bucal pode garantir que as informações sejam aprendidas e aplicadas de maneira contínua. A capacitação para a educação em saúde de professores, fundamentada na Promoção da Saúde, deve ser incluída nos currículos dos cursos que fazem parte da formação acadêmica desses profissionais (IERVOLINO; PELICIONI, 2005; KUBO, 2010)

Depois de receberem capacitação para promoção de saúde bucal, os professores podem atuar em diversas vertentes. Uma possibilidade é a introdução de assuntos ligados a Saúde Bucal, dentro dos conteúdos que já são ensinados aos alunos, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB - Lei nº 9394/96). O que “significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis” (BRASIL, 2008, p.25). Os currículos de ciência e biologia proporcionam ótimas oportunidades para ensinar às crianças sobre a doença periodontal e cárie, uma vez que os conceitos sobre higiene bucal se encaixam perfeitamente no ensino de higiene pessoal geral. Além disso, noções sobre o consumo não exagerado de açúcar podem ser incluídas aos ensinamentos relativos a uma dieta e nutrição saudáveis necessárias para a prevenção da obesidade, diabetes e outras doenças (PINTO, 2000).

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 / Saúde Bucal do Ministério da Saúde (2008), são aspectos importantes a serem observados na educação em saúde bucal:

- Respeito à individualidade.
- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.
- Respeito à cultura local.
- Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática.
- Ética.
- Autopercepção de saúde bucal.
- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde.
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

Outra opção é a utilização de meios audiovisuais por parte dos professores na própria sala de aula. Pode ser agendado no calendário escolar, um dia no qual se dedique um tempo para passar filmes que abordem temas ligadas a saúde bucal. Outro recurso é a dramatização. O

desenvolvimento e as causas da cárie dentária podem ser encenados de maneira simples com a participação dos próprios alunos interpretando os micro-organismos, o açúcar, os dentes... (PINTO, 2000).

É necessário salientar, que quando se capacita professores para atuarem como promotores de saúde não se pretende desviar as funções desses profissionais, mas sim incorporar no âmbito escolar atitudes e práticas que valorizem a promoção da saúde de forma crítica (SANTOS; BOGUS, 2007).

Gitirana *et al.* (2003) aplicaram um programa educativo de saúde bucal em uma escola. A amostra desse trabalho foi 31 pessoas da Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI Catatau) do Município de São Sebastião, litoral norte de São Paulo. Participaram do projeto: 30 crianças de 4 a 5 anos, e a professora dessas crianças. Os autores escolheram essa faixa etária por a considerarem como a época mais oportuna para que a criança desenvolva hábitos alimentares e de higiene corretos, considerando-se que os modelos de comportamento aprendidos nessa idade são profundamente fixados e resistentes a alterações. Inicialmente, foram coletados dados sobre higiene bucal das crianças, utilizando-se do índice de placa (IP) - índice O'Leary de 1967 - e índice gengival (IG) obtido por meio da técnica preconizada por Løe e Silness (1963) . Após a etapa da obtenção dos valores dos índices, as crianças foram submetidas a um programa educativo com vistas à promoção de saúde bucal, versando sobre a importância da prevenção da cárie e da doença periodontal. Foi utilizado material didático pedagógico incluindo dinâmicas, jogos, músicas, paródias e teatro e a professora desses alunos participou de todas as atividades. A aplicação do programa foi realizada uma vez por semana na sede da instituição, num período de seis meses. Após esse período, foram obtidos os dados finais do IP e do IG, observando-se a redução no índice de placa e índice gengival dos alunos que participaram do programa de educação odontológica escolar aplicada. Os pesquisadores ressaltaram que tanto a parceria entre dentistas e professores na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para as crianças quanto à utilização de jogos e dinâmicas são interessantes. Para os pesquisadores, os jogos e dinâmicas são excelentes meios que favorecem a aprendizagem, pois proporcionam às crianças uma diversidade de experiências e estímulos úteis e necessários a um ótimo desenvolvimento, favorecendo assim o desenvolvimento cognitivo, autocontrole e autodomínio.

É importante destacar que um programa de Promoção de Saúde Bucal pode ter várias vertentes, dentre elas a educação em saúde bucal. Essa por sua vez requer a intersetorialidade para obter resultados mais duradouros e efetivos. Mas atividades educativas executadas nas escolas pelos profissionais da área da saúde (muitas vezes na forma de palestras e escovações

supervisionadas) não são intersetoriais, pois nesse caso o setor Educação está apenas cedendo o espaço físico para atividades extra-clínicas do setor Saúde. E a simples cessão de recursos físicos ou financeiros, que não seja relacionada ao planejamento, coordenação, avaliação ou execução direta das atividades do projeto não pode ser considerada como atividade intersetorial (MORETTI *et al.*, 2010). Por isso é necessário que o setor da Educação participe no planejamento, organização e execução de tais atividades e que as mesmas sejam executadas pelos professores de forma contínua e transversal ao longo da permanência dos alunos na escola. E de encontro com esse pensamento, no âmbito das Políticas Públicas, foi instituído no Brasil em 2007: o Programa Saúde na Escola.

2.7 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola – PSE (ANEXO A), foi instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio do Decreto Presidencial nº 6286 de 5 de Dezembro de 2007. Ele tem com finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Art. 1º).

Dentre os objetivos desse programa está a promoção da comunicação entre escolas e unidades de saúde (Art. 2º, Inciso VI). Entre as estratégias de implementação do PSE estão: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (Art. 3º, Inciso IV).

No campo da promoção da saúde bucal, as seguintes ações do PSE podem ser realizadas: avaliação clínica; promoção da alimentação saudável; avaliação da saúde e higiene bucal; educação permanente em saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (Art. 4º, incisos: I, III, V, XIV, XVI, XVII, respectivamente). Tais ações devem ser implementadas com o envolvimento dos profissionais da Saúde e da Educação. É importante destacar que essas ações não devem sobrecarregar a rotina de trabalho desses profissionais, pelo contrário, devem ser inseridas nas atividades que já são realizadas para que haja melhores resultados e maior engajamento dos profissionais do setor educação (JACOÉ *et al.*, 2014).

Embora o PSE tenha sido instituído em 2007, atualmente ainda há alguns entraves para a sua implementação, como: expressivo desconhecimento sobre o programa tanto dos profissionais do setor saúde (JACOÉ *et al.*, 2014) quanto dos profissionais do setor educação (GRACIANO *et al.*, 2014), percepção por parte dos educadores que ações de promoção da

saúde são de responsabilidade exclusiva dos profissionais do setor saúde e que tais ações servem meramente para organizar o fluxo do atendimento clínico dos escolares na unidade de saúde (GRACIANO *et al.*, 2014), baixa interação entre os dois setores (FERREIRA *et al.*, 2014), baixo envolvimento da família nas atividades do programa (GRACIANO *et al.*, 2014) e escassez de programas de capacitação sobre o tema para os profissionais tanto da ponta quanto da gestão dos dois setores (JACOÉ *et al.*, 2014; GRACIANO *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014).

A lacuna existente na interação e comunicação entre os atores: unidade de saúde, escola e família representa um grande desafio que deve ser vencido pelos gestores locais (GRACIANO *et al.*, 2014). Um caminho para que esses gestores superem tal desafio é o estabelecimento de programas de capacitação, tal estratégia é preconizada pelo próprio PSE e promove a aproximação dos profissionais, a troca de saberes e o alinhamento da linguagem dos mesmos (FERREIRA *et al.*, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços na área da promoção da saúde bucal, como fluoretação da água de abastecimento público, adição de flúor aos cremes dentais e a criação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e dos avanços nos conhecimentos técnico-científico, ainda há a ocorrência de doenças bucais em escolares e principalmente a cárie (SANTOS *et al.*, 2002).

No município de Nova Lima - MG, são realizadas ações coletivas preventivas de escovação supervisionada e aplicação de flúor gel trimestral, porém apenas essas ações não estão sendo suficientes para controlar o índice de cárie nos alunos do ensino fundamental.

Como apenas as atuações na área da saúde não estão sendo suficientes, tornam-se necessárias ações intersetoriais. Sabendo-se da importância e do alto grau de abrangência do setor educação, um trabalho de promoção da saúde bucal com a atuação de professores seria de fundamental importância para obtenção de resultados efetivos.

Mas para contar com a atuação de professores é necessário avaliar o nível de conhecimento e literacia em saúde bucal que eles possuem, capacitá-los e saber como eles podem atuar no processo de desenvolvimento de ações educativas para a promoção de saúde bucal dos escolares.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Subsidiar professores no desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais em escolares.

4.2 Objetivos Específicos

- 1) Mensurar o nível de conhecimento dos professores sobre saúde bucal;
- 2) Conhecer o grau de literacia em saúde bucal dos professores;
- 3) Elaborar, a partir dos dados coletados, um programa de capacitação voltado para os professores;
- 4) Construir, com a participação dos professores, metodologias e materiais de educação em saúde bucal voltados para outros professores e para os escolares.

5 HIPÓTESE

Há uma lacuna, nas escolas municipais de Nova Lima – MG de ensino fundamental, no que tange às ações intersetoriais em saúde e os professores das mesmas apresentam conhecimentos prévios e literacia em saúde bucal que podem ser ampliados para que sejam construídas tais ações.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo e campo da pesquisa

Desenvolveu-se um estudo de caso envolvendo duas escolas municipais do ensino fundamental de Nova Lima, Minas Gerais. Esse tipo de estudo “é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança” (MINAYO, 2010, p.164). O estudo envolveu duas escolas municipais do ensino fundamental (anos iniciais). Na primeira escola foi realizado o estudo piloto e na segunda escola foi realizado o estudo principal.

O município de Nova Lima está localizado no Estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil. Possui uma população estimada para 2015 de 89.900 habitantes (IBGE, 2015). A rede pública de Educação Básica é formada por 17 escolas municipais de educação infantil, 16 escolas municipais de ensino fundamental (anos iniciais), 6 escolas estaduais de ensino fundamental (anos finais) e ensino médio.

6.2 População do estudo

O estudo foi conduzido com o universo de professores de uma escola do ensino fundamental escolhida por conveniência para a realização da pesquisa.

O critério de elegibilidade foi: ser professor da escola.

6.3 Instrumentos de coletas de dados

6.3.1 Dados pessoais e profissionais

Para avaliar os dados pessoais e profissionais dos professores, foi elaborado um questionário autoaplicável composto por nove questões (APÊNDICE A).

6.3.2 Avaliação do nível de conhecimento em saúde bucal

Para avaliar o nível de conhecimento em saúde bucal dos professores, foi utilizado um instrumento que foi elaborado e validado no Brasil (FRANCISCO, 2009). Trata-se de um

questionário autoaplicável composto por 19 questões fechadas (ANEXO B), no qual deve ser assinalada apenas uma resposta por questão.

O escore vai de 0 a 19. Quanto maior a pontuação, maior o nível de conhecimento em saúde bucal.

6.3.3 Avaliação da literacia em saúde bucal

Para a avaliação da literacia em saúde bucal foi utilizado o instrumento “Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – Brazil” (BREALD-30) que é a versão validada no Brasil (JUNKES, 2013) do “Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry” (REALD-30). Esse instrumento é um teste rápido de reconhecimento de palavras ligadas ao tema saúde bucal (LEE *et al.*, 2007). De fácil aplicação, consiste em uma lista de 30 palavras com diferentes graus de dificuldade (ANEXO C). Pede-se ao avaliado que ele leia, em voz alta, a palavra que souber ler e que pule a palavra que não souber ler.

Para cada palavra pronunciada de forma correta é atribuída a pontuação 1 e para cada palavra pronunciada de forma incorreta ou não pronunciada é atribuída a pontuação 0. Depois, as pontuações são somadas.

O escore vai de 0 a 30. Quanto maior o valor, maior o nível de literacia em saúde bucal.

Além disso, é registrado o tempo que a pessoa avaliada gasta para concluir o teste.

6.3.4 Fórmula SMOG

O instrumento Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) foi publicado em 1969 por Harry MC Laughlin quando ele era Professor de Comunicação na Escola de Jornalismo da Universidade de Syracuse, no Canadá (ANEXO D). A fórmula SMOG tem como finalidade classificar o nível de dificuldade de compreensão de textos. Trata-se de uma fórmula simples e de fácil e rápida aplicação (QUADRO 4). O índice obtido fornece a escolaridade mínima requisitada para a compreensão de um texto analisado por meio de 30 frases do mesmo sendo: 10 frases do início, 10 do meio e 10 do fim. O resultado da fórmula é a série mínima do leitor indicada para a leitura do texto (CAVACO; VÁRZEA, 2010).

QUADRO 4 - Fórmula SMOG

índice SMOG = 3 + raiz quadrada do total de palavras com três sílabas ou mais
--

6.4 Variáveis estudadas

6.4.1 Variáveis dependentes

Foram consideradas variáveis dependentes: nível de conhecimento em saúde bucal e literacia em saúde bucal. As mesmas foram avaliadas, respectivamente, pelo questionário autoaplicável de 19-itens (ANEXO B) e pelo teste BREALD-30 (ANEXO C).

6.4.2 Variáveis independentes

Foram consideradas variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, tempo de profissão, fontes de informações sobre saúde bucal, tipo de assistência odontológica, frequência e motivo da visita ao dentista e medo de dentista.

Essas variáveis foram identificadas por meio de um questionário autoaplicável (APÊNDICE A).

6.5 Estudo piloto

A escola na qual foi realizado o estudo piloto foi escolhida por ter o perfil similar ao da escola do estudo principal (estrutura física, número de alunos, proximidade com unidade básica de saúde). O objetivo do estudo piloto foi avaliar a aplicabilidade dos instrumentos e se os mesmos necessitariam de algum ajuste. A amostra foi de cinco participantes. Após a realização do estudo piloto verificou-se que os instrumentos eram de fácil e rápida execução e que estavam adequados para a utilização na pesquisa.

6.6 Estudo principal

O estudo principal foi realizado numa escola de ensino fundamental (anos iniciais) escolhida por conveniência. Foi realizado no período de junho à outubro de 2015.

Optou-se por trabalhar com o universo de professores da escola. Esse universo era de dezessete professores.

O estudo principal consistiu em uma intervenção realizada em três etapas:

Primeira etapa: Diagnóstico do perfil e das informações sobre saúde bucal.

Segunda etapa: Capacitação dos professores.

Terceira etapa: Construção coletiva de um material educativo sobre saúde bucal.

Todas as etapas foram realizadas nas dependências da escola em horários agendados nos quais os professores não estavam com seus respectivos alunos, tais horários são chamados de hora-atividade e ocorrem, por exemplo, quando os alunos estão na aula de educação física.

Os horários de hora-atividade dos professores foram fornecidos pela coordenação da escola.

6.6.1 Diagnóstico do perfil e das informações sobre saúde bucal

Foi realizado o diagnóstico do perfil dos professores e seus respectivos níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal. Para isso foram aplicados os instrumentos descritos anteriormente: o questionário autoaplicável para caracterização dos professores (APÊNDICE A), um questionário autoaplicável de 19-itens (ANEXO B) e o teste BREALD-30 (ANEXO C).

O objetivo desse diagnóstico foi conhecer as características dos professores, as informações sobre saúde bucal que eles já possuíam e as que necessitavam de esclarecimentos. Os dados coletados no diagnóstico foram utilizados para traçar o perfil dos professores e identificar as necessidades e especificidades dos mesmos.

6.6.2 Capacitação dos professores

Foi realizado um programa de capacitação compatível com as características dos professores que foram identificadas na fase de diagnóstico. Tal programa de capacitação foi realizado por meio de encontros nos quais foram distribuídas apostilas. A abordagem escolhida para os encontros foi baseada nos seguintes preceitos do autor Paulo Freire: “ninguém é uma folha em branco”, “ todos possuem experiências e conhecimentos prévios”,

“quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, “ensinar é criar possibilidades para a produção e construção do próprio conhecimento e exige respeito à autonomia do ser educando” (FREIRE, 1996). Sendo assim os encontros se deram por meio de diálogos que valorizaram os conhecimentos e valores que cada professor já detinha e houve total abertura para que o professor pudesse falar, perguntar e sugerir. Os temas abordados foram selecionados com base no que é preconizado pelo Caderno de Atenção Básica nº24 sobre o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2009).

Foram realizados quatro encontros semanais de curta duração (20 minutos) nos quais foram abordados temas ligados à saúde bucal (QUADRO 5). Os encontros foram realizados individualmente nos horários de hora-atividade dos professores.

Quadro 5 – Temas abordados nos encontros

TEMAS DOS ENCONTROS	PONTOS CHAVES	MATERIAIS
Encontro 1- A boca e suas partes	<ul style="list-style-type: none"> • Função da boca e suas partes com destaque para as funções dos dentes e da saliva. • Conceito de dentes decíduos e permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de gesso • Foto • Apostila Módulo 1
Encontro 2- A placa bacteriana e os danos à boca	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de placa bacteriana e tártaro. • Conceito de doença cárie e doenças periodontais. • Relação Saúde Bucal x Saúde Geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de gesso • Vídeo • Apostila Módulo 2

<p>Encontro 3 – Medidas preventivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de escovação para criança e adultos. • Importância e técnica de uso do fio dental. • Mecanismo de ação do flúor. • Alimentação e Hábitos x Saúde Bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo • Manequim • Escova • Pasta e fio dental • Ovo, vinagre e flúor • Apostila Módulo 3
<p>Encontro 4 – Elaboração de atividades para os alunos sobre saúde bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de atividades / exercícios interdisciplinares. • Discussão de metodologias pedagógicas. • Críticas, sugestões e esclarecimento de dúvidas referentes aos textos das apostilas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as apostilas • Papel • Caneta • Lápis • Borracha

Continuação do Quadro 5.

No dia do primeiro encontro, foi entregue um kit composto por: sacola, apostilas, bloco de anotação, caneta e kit de higiene bucal (necessaire, escova de dente, pasta de dente e fio dental). Na fotografia 1 podem ser vistos os materiais utilizados no programa de capacitação.



Fotografia 1 – Materiais utilizados no programa de capacitação

Uma semana após o último encontro, foi realizada a avaliação da capacitação dos professores. Seguiu-se a mesma metodologia empregada na fase de diagnóstico e foram aplicados novamente o questionário autoaplicável de 19-itens e o teste BREALD-30.

6.6.3 Construção coletiva de um material educativo

Foi produzido um material educativo sobre saúde bucal voltado para os professores dos anos iniciais do ensino fundamental. A construção se deu de forma coletiva envolvendo os participantes da pesquisa (14 professores de uma escola do ensino fundamental) e a pesquisadora (cirurgiã-dentista da Unidade Básica de Saúde do bairro da escola).

Os textos versavam sobre temas ligados à saúde bucal utilizando como referência o Caderno de Atenção Básica nº24: Saúde na Escola (BRASIL, 2009). Os textos foram escritos com uma linguagem acessível a uma escolaridade mínima de ensino médio (SMOG = 12th grade), pois no Brasil para ser professor dos anos iniciais do ensino fundamental é necessário possuir ensino médio com curso Normal ou com Magistério ou nível superior (BRASIL, 1996). Os professores leram esses textos e sugeriram alterações. Na Figura 1 é possível ver as etapas do processo da construção do material educativo.

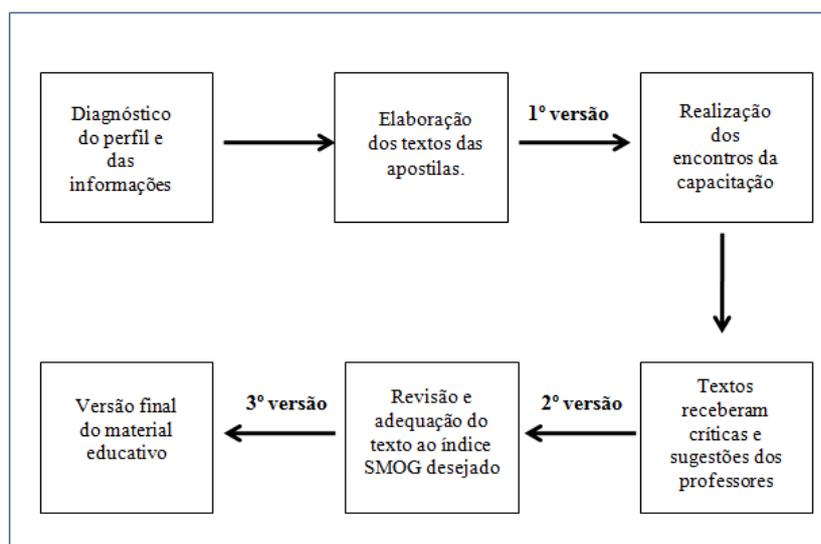


Figura 1- Processo da construção coletiva do material educativo

6.7 Aspectos Éticos

Essa pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO E), autorização das diretoras das escolas por meio de termos de autorização (APÊNDICE B e C) e consentimento dos professores por meio de termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D e E).

7 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

7.1 Produto Científico

O produto científico dessa dissertação foi elaborado na forma de artigo e apresenta os resultados, a discussão e conclusões desse trabalho. O manuscrito foi submetido ao periódico *Ciência e Saúde Coletiva* (ANEXO F).

Professores Promotores da Saúde: conhecer, capacitar e construir

Health Promoter Teachers: to know, to train and to build

Resumo

Este artigo descreve um programa de capacitação estruturado em três etapas: conhecer, capacitar e construir. Tal programa buscou subsidiar professores no desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais em escolares. Participaram do estudo 14 professores de uma escola pública de ensino fundamental, em Nova Lima-MG. Antes e depois da capacitação foram aplicados dois instrumentos validados: um questionário autoaplicável de 19-itens que avaliou o conhecimento em saúde bucal e o teste BREALD-30 que avaliou a literacia em saúde bucal. Os resultados obtidos foram: o aumento significativo do nível de literacia em saúde bucal ($p=0,002$) e a construção coletiva de um material educativo (Guia de Saúde Bucal na escola) com textos voltados aos professores e sugestões de atividades interdisciplinares a serem desenvolvidas com os alunos. O programa de capacitação em três etapas se mostrou viável e válido visto que alcançou seu objetivo. Além disso, permitiu uma aproximação entre os profissionais da Educação e da Saúde.

Palavras chaves: Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Educação em Saúde, Alfabetização em Saúde, Saúde Escolar.

Abstract

This paper describes a training program structured in three stages: to know, to train and to build. This program aimed to support teachers in developing educational activities for health promotion and prevention of oral diseases in children. Study participants were 14 teachers of a public elementary school in Nova Lima -MG. Before and after training were applied two validated instruments: a self-administered questionnaire of 19-items that assessed oral health knowledge and the BREALD -30 test that assessed the oral health literacy. The results were: the significant increase in oral health literacy level ($p = 0.002$) and the collective construction of an educational material (Guide to Oral Health in School) with texts geared to teachers and suggestions for interdisciplinary activities to be developed with students. The training

program in three stages proved feasible and valid since achieved its goal. It also provided a connection between the education and health professionals.

Keywords: Oral Health, Health Promotion, Health Education, Health literacy, School Health

Introdução

A promoção da saúde inclui no seu discurso o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e comunidades¹. Em 1986, a Carta de Ottawa definiu cinco princípios para a promoção da saúde: desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária, estabelecimento de políticas públicas saudáveis, existência de um ambiente de apoio adequado e reorientação de serviços de saúde². Os conceitos trazidos por esse documento permitiram muitos avanços na percepção e execução das ações de promoção da saúde.

No campo da promoção da saúde bucal também houve muitos avanços, como: fluoretação da água de abastecimento público, adição de flúor aos cremes dentais e progressos nos conhecimentos técnico-científicos para a prevenção e controle das doenças bucais. Mas apesar desses avanços, ainda há a ocorrência de doenças bucais em crianças no mundo inteiro, principalmente a doença cárie^{3,4}. No Brasil, além dos avanços já mencionados, ocorreu também uma grande evolução das políticas públicas o que permitiu o estabelecimento de ações preventivas e a ampliação do acesso aos fluoretos, escovas, cremes dentais, e principalmente, aos serviços odontológicos públicos^{5,6,7,8}.

Visando o controle e a prevenção de doenças bucais nas crianças das escolas públicas do Brasil, são realizadas atividades coletivas de escovação dental supervisionada, aplicação de flúor gel, levantamentos epidemiológicos e palestras. Essas ações são desenvolvidas com o envolvimento apenas dos profissionais de saúde, e apesar de importantes, não estão sendo suficientes para evitar a ocorrência de doenças bucais nas crianças, visto que tais alterações ainda são detectadas em levantamentos epidemiológicos nacionais⁹. Assim, fica evidente a necessidade do estabelecimento de parcerias entre diferentes setores para possibilitar abordagens mais amplas e com maiores impactos. A parceria entre setores diferentes no planejamento, financiamento e execução de ações para atingir um objetivo comum, é retratada como intersetorialidade¹⁰. No campo da saúde, a intersetorialidade é definida como a integração entre o setor saúde e outros órgãos com a finalidade de articular políticas e programas¹¹.

No âmbito das políticas públicas do Brasil, foi instituído em 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE), que possui como uma de suas diretrizes de implementação a intersectorialidade. Dentre seus objetivos está a aproximação dos setores saúde e educação e a promoção da comunicação entre escolas e unidades de saúde. Nele está prevista a execução de ações de promoção de saúde em ambiente escolar com a participação ativa dos representantes da Educação¹².

Por sua vez, o setor educação é um importante aliado para a realização de programas educativos, pois as ações promovidas dentro das escolas possuem alto grau de abrangência^{13,14,15} e relação custo-benefício muito favorável^{16,17}. Além disso, quando se realiza um programa educativo dentro da escola, todos os alunos tem acesso a ele, inclusive aqueles que não têm acesso aos serviços de saúde^{3,16} ou a outras fontes de informações sobre saúde¹⁷.

O sistema educacional no Brasil é composto pela em Educação Básica, Ensino Médio e Educação Superior. A Educação Básica é dividida em Educação Infantil, Ensino Fundamental anos iniciais (1º ano ao 5º ano), Ensino Fundamental anos finais (6º ano ao 9º ano) e Ensino Médio (1º ao 3º ano). De acordo com o currículo padrão, é necessário cursar nove anos para concluir o Ensino Fundamental e mais três anos para concluir o Ensino Médio o que totaliza doze anos de estudo para se obter o diploma de conclusão do Ensino Médio¹⁸.

Dentro desse sistema educacional destacam-se os professores dos anos iniciais do ensino fundamental. No Brasil, para exercer tal cargo é necessário possuir uma escolaridade mínima de ensino médio com curso Normal ou com Magistério. Na ausência desses, é exigida a graduação¹⁹. Tais profissionais são excelentes parceiros, pois são agentes multiplicadores de informações^{20,21}, possuem domínio de técnicas pedagógicas, conhecem o contexto social dos alunos, têm contato diário com eles e devido a esse contato exercem influência sobre a adoção de hábitos e comportamento dos alunos^{3,15,17,22,23}. Por isso, no campo da promoção da saúde bucal, é de extrema importância a atuação desses professores em programas educativos voltados aos escolares^{16,21}.

Mas para que os professores atuem no planejamento e execução de tais programas, é necessário o estabelecimento de ações focadas no desenvolvimento das habilidades pessoais e capacitação dos mesmos^{13,15,20}. Pois como desejar que eles transmitam informações que nem eles possuem? Como propor parcerias com eles em programas educativos sem conhecer suas atitudes, o que pensam e o que sabem?

Neste contexto, para que os professores atuem como promotores da saúde bucal, o primeiro passo é avaliar as informações sobre saúde bucal que eles possuem (nível de conhecimento) e como essas informações são obtidas, processadas e utilizadas para tomada de decisões (literacia em saúde bucal). E a partir dessa avaliação, capacitá-los e saber como os mesmos podem atuar para a promoção da saúde bucal dos escolares^{3,20}.

Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo desenvolver um programa de capacitação capaz de subsidiar professores dos anos iniciais do ensino fundamental no desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais em escolares.

Material e métodos

Este trabalho consistiu em um estudo de caso realizado no município de Nova Lima, região metropolitana de Belo Horizonte em Minas Gerais. Teve início após anuência da Secretaria Municipal de Educação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAEE: 45215214.0.0000.5149). Obteve-se autorização das diretoras das escolas e consentimento dos professores.

Participaram do trabalho duas escolas municipais de ensino fundamental (anos iniciais). Na primeira foi realizado o estudo piloto. Na segunda foi realizado o estudo principal que contou com o universo de professores de uma escola escolhida por conveniência. Além dos professores, participou também da pesquisa uma cirurgiã-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro da escola do estudo principal.

Durante a realização deste trabalho foram utilizados quatro instrumentos: um questionário autoaplicável com nove questões sobre dados pessoais e profissionais, um questionário autoaplicável de 19-itens²⁴ com escore de 0 a 19 pontos e que foi validado para a avaliação do conhecimento em saúde bucal, o teste “ Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – Brazil ” (BREALD-30)²⁵ com escore de 0 a 30 pontos, validado para a avaliação da literacia em saúde bucal e o índice “Simple Measure of Gobbledygook” (SMOG)²⁶ que avalia nível de compreensão de textos. Para calcular esse índice, deve-se selecionar 10 frases do começo, 10 do meio e 10 do fim do texto e aplicar a fórmula: $3 + \sqrt{\text{número de palavras com três ou mais sílabas presentes nas frases selecionadas}}$.

As variáveis dependentes foram: conhecimento em saúde bucal e literacia em saúde bucal. E as variáveis independentes foram: gênero, idade, escolaridade, tempo de profissão,

fontes de informações sobre saúde bucal, tipo de assistência odontológica, frequência e motivo da visita ao dentista, medo de dentista.

Foi desenvolvida uma intervenção em três etapas: *Conhecer, Capacitar e Construir*.

A etapa Conhecer

Essa etapa teve como objetivo realizar um diagnóstico do perfil dos professores e seus respectivos níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal. Para isso foram aplicados três instrumentos descritos anteriormente: o questionário autoaplicável para caracterização dos professores, o questionário autoaplicável de 19-itens²⁴ e o teste BREALD-30²⁵. Realizou-se o cálculo das médias dos valores obtidos pelos dois últimos instrumentos.

A etapa Capacitar

Esta etapa envolveu os processos de planejamento, execução e avaliação de um programa de capacitação.

A partir do diagnóstico da etapa anterior, foi traçado o perfil do público-alvo da capacitação. E desse modo planejou-se um programa de capacitação com um formato viável e com maiores chances de obtenção dos resultados desejados.

Para a realização do programa de capacitação cada professor recebeu um kit composto por sacola, bloco de anotações, caneta, apostilas e um kit de higiene bucal. E como material de apoio foram utilizados: modelos de gesso, manequim, escova de dente, dentifrício fluoretado, fio dental e um vídeo e fotografias visualizados por meio de um celular.

Para avaliar o programa de capacitação, foram aplicados novamente os instrumentos de conhecimento e literacia em saúde bucal utilizando. E foi realizada a comparação das médias das pontuações nos momentos “antes” e “depois” da capacitação.

A etapa Construir

Nesta etapa foi produzido um material educativo sobre saúde bucal voltado para os professores dos anos iniciais do ensino fundamental. A construção se deu de forma coletiva e envolveu os representantes do setor educação (professores do estudo principal) e uma

representante do setor saúde (uma cirurgiã-dentista da UBS). Tal processo da construção pode ser visto na Figura 1.

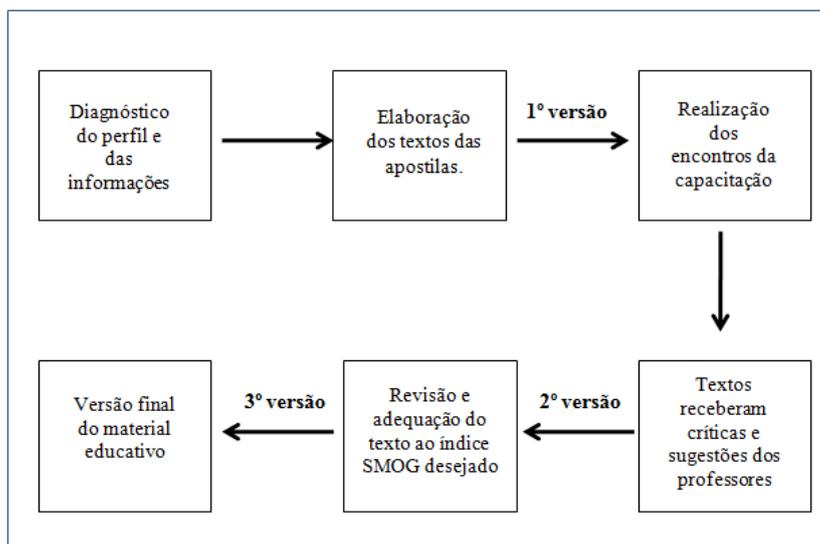


Figura 1- Processo da construção coletiva do material educativo

Processamento dos dados

Foi realizada a análise estatística dos dados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A análise descritiva foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. O teste Shapiro-Wilk demonstrou que a variável “Conhecimento em Saúde Bucal” não apresentou distribuição normal e que a variável “Literacia em Saúde Bucal” apresentou distribuição normal. O teste de Wilcoxon e o teste t de Student pareado foram usados para comparação de médias das variáveis dependentes antes e depois da capacitação. O nível de significância foi de 5%.

Resultados

O universo de professores para a pesquisa era de dezessete. Porém, houve três perdas: uma pessoa estava em licença médica, uma pessoa optou por não participar e outra desistiu durante a pesquisa. As duas últimas perdas tiveram como motivo a falta de tempo. Desse modo quatorze professores participaram deste trabalho (82,35%).

Etapa Conhecer

Os professores eram predominantemente do sexo feminino (92,8%). Possuíam em média: 40,42 ($\pm 7,53$) anos de idade e 12,85 ($\pm 7,58$) anos de profissão. Apresentaram alto grau de escolaridade. Com relação ao contato com o dentista, a maioria relatou não ter medo de dentista (98,2%) e que visitava o dentista regularmente, com intervalos de até um ano (85,7%). O motivo mais frequente foi a consulta de rotina (71,4%), seguido por tratamento (21,4%). Ao avaliar o tipo de assistência notou-se que três (21,4%) recebiam a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), três (21,4%) em consultórios particulares e oito (57,2%) em consultórios particulares com convênios. A caracterização completa dos professores pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos professores de uma escola de ensino fundamental, Nova Lima- MG, 2015.

Variável Independente	N
Sexo	
Feminino	13 (92,8%)
Masculino	1 (7,2%)
Idade	
25 a 29 anos	2 (14,3%)
30 a 39 anos	3 (21,4%)
40 a 49 anos	7 (50,0%)
50 anos	2 (14,3%)
Grau de escolaridade	
Graduação	9 (64,3%)
Pós- graduação	5 (35,7%)
Tempo de profissão	
menos de 10 anos	6 (42,8%)
de 11 a 19 anos	5 (35,7%)
de 20 a 29 anos	3 (21,4%)

Visita ao dentista

Frequência

até 1 ano	12 (85,7%)
maior que 1 ano	0 (0,0%)
Apenas quando há necessidade	2 (14,3%)

Tipo de assistência

SUS	3 (21,4%)
Particular com convênio	8 (57,2%)
Particular sem convênio	3 (21,4%)

Motivo

Rotina	10 (71,4%)
Fazer tratamento	3 (21,4%)
Dor de dente	1 (7,2%)

Medo de dentista

Sim	1 (7,2%)
Não	13 (92,8%)

Constatou-se que o dentista foi a principal fonte de informação sobre saúde bucal, enquanto que o sistema educacional foi o menos citado (GRÁFICO 1). O nível de conhecimento em saúde bucal dos professores foi considerado bom, entretanto foram diagnosticadas algumas lacunas a respeito do caráter da cárie como doença, do conceito de placa bacteriana e do tempo de permanência na boca dos dentes permanentes. O nível de literacia em saúde bucal foi considerado bom, mas com possibilidade de ser ampliado.

Embora as médias encontradas fossem consideradas boas, houve a necessidade de capacitar os professores para esclarecer informações importantes sobre saúde bucal e para ampliar os níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal. As médias obtidas pelos instrumentos de avaliação do conhecimento em saúde bucal e literacia em saúde bucal encontram-se na Tabela 2.

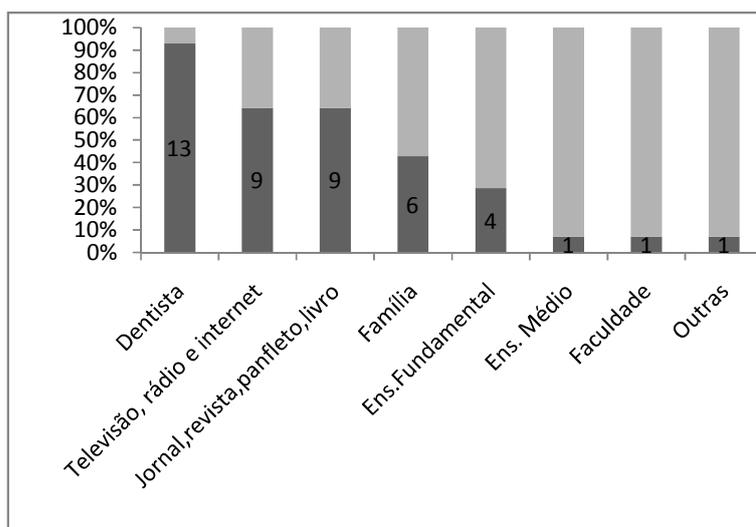


Gráfico 1: Fontes de informação sobre saúde bucal declaradas pelos professores. Nova Lima- MG, 2015.

Tabela 2 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal antes da capacitação. Nova Lima-MG, 2015.

Variável dependente	média ± desvio padrão
Conhecimento em Saúde Bucal	
Pontuação*	18,21 ± 0,80
Literacia em Saúde Bucal	
Pontuação**	25,07 ± 4,02
Tempo ***	42,85 ± 8,69

* escore: 0 a 19 ** escore: 0 a 30 ***segundos

Desse modo, foi diagnosticado que os professores possuíam alto grau de escolaridade, visitavam o dentista periodicamente para prevenção e apresentavam bons níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal. Entretanto havia a necessidade de uma capacitação para que os mesmos pudessem atuar na promoção da saúde dos escolares e na construção do material educativo. Durante a execução desta etapa, percebeu-se que os professores possuíam pouco tempo para atividades extras-classes.

Etapa Capacitar

Com as informações da *etapa Conhecer* foi traçado o seguinte perfil do público alvo da capacitação: grupo de pessoas com alto grau de escolaridade, bons níveis de informações sobre saúde bucal, mas com pouca disponibilidade de tempo e sem possibilidade de se reunir.

A escolaridade mínima encontrada em todos os participantes foi a graduação. Tal fato permitiu um grau de aprofundamento maior e um volume maior das informações sobre saúde bucal a serem trabalhadas e dessa forma para transmissão dessas informações optou-se pela elaboração de três apostilas que versavam sobre anatomia bucal, placa bacteriana, doença cárie, doença periodontal, relação da saúde bucal com os hábitos e com a saúde geral. Para a verificação da compatibilidade dos textos das apostilas com o grau de escolaridade dos professores foi utilizado o índice SMOG.

O tempo disponível dos professores para o programa de capacitação era escasso. Por isso, foi escolhido o formato de quatro encontros semanais de curta duração (20 minutos). Como não era possível a realização de atividades em grupo, os encontros foram individuais e agendados com cada professor em horários nos quais eles não estavam com seus respectivos alunos. Após o processo de capacitação, os instrumentos foram aplicados novamente e os resultados obtidos podem ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal depois da capacitação. Nova Lima-MG, 2015.

Variável dependente	média ± desvio padrão
Conhecimento em Saúde Bucal	
Pontuação*	18,92 ± 0,26
Literacia em Saúde Bucal	
Pontuação**	28,07 ± 1,85
Tempo ***	37,21 ± 7,17

* escore: 0 a 19 ** escore: 0 a 30 *** não há escore

Após a análise estatística, constatou-se que o programa de capacitação promoveu um aumento significativo nos níveis de literacia em saúde bucal ($p=0,002$). Mas, com relação ao

nível de conhecimento em saúde bucal não houve aumento estatisticamente significativo após a capacitação ($p=0,154$) (TABELA 4).

Tabela 4 - Níveis de conhecimento e literacia em saúde bucal antes e depois da capacitação. Nova Lima- MG, 2015.

Variáveis	Antes da capacitação	Depois da capacitação	Valor de p
Conhecimento em Saúde Bucal			
Pontuação média	18,21 ± 0,80	18,92 ± 0,26	0,154*
Literacia em Saúde Bucal			
Pontuação média	25,07 ± 4,02	28,07 ± 1,85	0,002**
Tempo médio	42,85 ± 8,69	37,21 ± 7,17	0,008**

*Teste de Wilcoxon **Teste t de Student pareado

Etapa Construir

O resultado desta etapa foi a construção coletiva de um material educativo direcionado aos professores das séries iniciais do ensino fundamental. O material recebeu o nome de “Guia em Saúde Bucal na Escola”. Foram autores desse guia: os professores participantes da pesquisa e a cirurgiã-dentista da UBS. O guia foi elaborado com o objetivo de ser claro, de fácil leitura, e de prática e fácil utilização. Para isso foram adotados os critérios preconizados no “SimplyPut. A guide for creating easy-to-understand materials”²⁷.

Com relação ao conteúdo do guia, foram abordados os temas estabelecidos no “Caderno de Atenção Básica n °24: Saúde na Escola”¹⁰. O guia possui 53 páginas e foi dividido em quatro módulos: os três primeiros são textos e o último contém sugestões de atividades interdisciplinares a serem trabalhadas com alunos.

Tal conteúdo foi escrito com um grau de compreensão compatível com a escolaridade de ensino médio, que é a escolaridade mínima exigida para os professores dos anos iniciais do ensino fundamental. No Brasil, o ensino médio corresponde a doze anos de estudo^{18,19}. O que corresponde ao índice de SMOG de 12th grade²⁷.

Discussão

Há um consenso na literatura que os professores são excelentes parceiros, que eles devem ser envolvidos nos programas educativos e que há a necessidade de ampliar o conhecimento em saúde bucal dos mesmos^{3,17,23}. Ao mesmo tempo, os professores se queixam da falta de tempo, de capacitação e de materiais de apoio para a inclusão do tema saúde bucal durante as aulas. Alguns estudos concluem que os professores apresentam baixo grau de conhecimento em saúde bucal e que precisam ser capacitados para possibilitar o envolvimento desses em programas de educação em saúde bucal para escolares^{3,13,15,17}. O estabelecimento de programas de capacitação para professores é uma estratégia importante que vai de encontro às ações de promoção de saúde preconizadas, desde a década de 80, pela Carta de Ottawa².

Neste trabalho, 98,2% dos professores eram do sexo feminino, esse predomínio também foi relatado por Sekhar *et al.*²³ na Índia (79%) e por Azodo e Umoh¹⁵ na Nigéria (86,9%).

Alguns trabalhos relatam baixa escolaridade entre professores do ensino fundamental. No trabalho de Amodo e Umoh¹⁵, por exemplo, 76,8% dos professores possuíam apenas a educação básica.

O mesmo não foi encontrado neste trabalho. Embora a exigência legal de escolaridade mínima seja nível médio com curso Normal ou com curso de Magistério, os professores desta pesquisa possuíam um alto grau de escolaridade. Todos possuíam graduação e desses, cinco possuíam pós-graduação. Há três possíveis explicações para esse achado. Primeira: nas escolas públicas do Brasil, a principal forma de ingresso do profissional é por meio de concurso. E nos concursos do município de Nova Lima - MG é freqüente, existir uma etapa que concede pontuação por títulos acadêmicos que o candidato comprovar possuir. Segunda: há um grande empenho do Governo brasileiro para estimular a formação superior dos professores de ensino fundamental²⁸. Terceira: no plano de carreira dos servidores de Nova Lima-MG, há adicionais salariais de acordo com os novos títulos adquiridos.

Neste trabalho a principal fonte de informação sobre saúde bucal foi o dentista (92,8%). Também relataram o dentista como principal fonte de informação, os trabalhos de Santos *et al.*³ (85,8%) e Campos e Garcia²⁰ (60,5%). Já o sistema educacional foi a fonte menos citada nesta pesquisa: o ensino fundamental foi declarado por apenas 28,6%, o ensino médio por 7,2% e a faculdade por também por 7,2%. Tal fato demonstra que a escola não tem

sido utilizada como aliada da educação em saúde bucal. Na Nigéria¹⁵ também foi visto que a escola foi uma das menos citadas (16,1%), mas diferentemente dos estudos mencionados anteriormente, a principal fonte de informação não foi o dentista e sim a televisão (33,9%).

O contato dos professores com o dentista foi avaliado a partir de quatro indicadores: frequência da consulta, motivo da consulta, tipo de assistência e medo de dentista. Constatou-se que 85,7% visitavam o dentista num intervalo menor ou igual a um ano, para realizar consulta de rotina (71,4%) ou realizar algum tratamento programado (21,4%). Felizmente apenas dois (14,3%) professores declararam que procuravam o dentista apenas quando havia necessidade, apenas um (7,2%) tinha medo de dentista e apenas um (7,2%) informou a dor de dente como o motivo da ida ao dentista. Esses achados podem ser explicados pelo fato de todos os professores possuírem acesso aos dentistas, seja através do sistema público (21,4%), dos convênios (57,1%) ou através de profissionais particulares (21,4%). Como foi visto, a maioria possuía convênios. E isso pode ser uma explicação para ida ao dentista num intervalo de até um ano, pois o convênio cobra um valor mensal independente do uso ou não. E assim há um estímulo positivo, visto que desperta o sentimento de ter que utilizar aquilo que já foi pago. Conseqüentemente, intervalos menores de consultas de rotina, geram diagnósticos e intervenções precoces, o que reduz drasticamente a experiência de dor de dente e o sentimento de medo de dentista. Resultados semelhantes foram vistos por Silva *et al.*²⁷, no qual 77,0% dos professores visitavam o dentista num intervalo menor ou igual a um ano, apenas 18% tinham a dor de dente como motivo da ida ao dentista e apenas 9% tinham medo de dentista.

Durante a realização deste trabalho, foram diagnosticadas algumas lacunas no conhecimento dos professores a respeito do caráter da cárie como doença, do conceito de placa bacteriana e do tempo de permanência na boca dos dentes permanentes. Mas, de forma geral o nível de conhecimento em saúde bucal foi considerado muito bom, visto que a média encontrada antes da capacitação foi de 18,21 acertos em 19 questões.

Entretanto, alguns estudos encontraram um baixo nível de conhecimento em saúde bucal entre os professores^{3,15,22,23}.

Tal diferença pode ter ocorrido devido ao grau de escolaridade dos professores. Neste trabalho a escolaridade encontrada foi alta, enquanto que nos trabalhos que relataram baixo nível de conhecimento^{3,15,22,23} a maioria dos professores possuía um menor grau de escolaridade.

Após o processo de capacitação, a média dos professores foi de 18,92 acertos. O que não representou um aumento estatisticamente significativo no nível de conhecimento dos professores. Isso ocorreu porque felizmente o nível encontrado antes da capacitação já era muito bom. Além disso, o instrumento de análise do nível de conhecimento foi selecionado com a premissa de que há professores nas escolas fundamentais de anos iniciais com escolaridade de nível médio. Mas ao contrário do que se imaginava, na escola na qual foi realizada este trabalho, todos os professores possuíam graduação e tal fato pode ter influenciado no alto valor da média inicial do conhecimento em saúde bucal, ou seja, pode ser que o instrumento representou um pequeno grau de dificuldade para os professores avaliados. O fato de ter sido encontrado neste trabalho um grau de escolaridade maior do que o esperado realçou a importância e a necessidade da realização de um diagnóstico antes de se planejar qualquer programa de capacitação para qualquer público-alvo.

Outro domínio avaliado antes e depois do programa de capacitação foi a Literacia em Saúde Bucal (LSB). Definida como “capacidade de obter, ler, compreender e utilizar as informações básicas sobre saúde bucal para tomadas de decisões apropriadas em saúde”²⁹. Trata-se de uma importante ferramenta que vem sendo utilizada em diversos países para avaliar acesso e utilização das informações sobre saúde bucal. Mas no Brasil ainda não é frequente a utilização dessa ferramenta. O termo “literacia em saúde” provém do inglês (health literacy) e na literatura brasileira também é relatado como “alfabetismo em saúde”, “letramento em saúde”. Tais termos não foram utilizados neste artigo, pois não expressam toda a amplitude do conceito em inglês³⁰. Além disso, o uso de tais termos seria algo pejorativo, pois seria indelicada a realização de uma pesquisa na qual fosse avaliado o grau de alfabetismo/letramento em saúde bucal de professores. Tais termos poderiam inibir a participação dos professores. Sendo assim optou-se pelo termo “literacia” que já é utilizado em Portugal. Porém, ainda não consta na lista de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde do Brasil e por esse motivo foi necessário utilizar o termo “alfabetização em saúde” como um dos descritores deste artigo.

A LSB foi avaliada neste estudo através do teste BREALD-30. Antes da capacitação, a média da pontuação foi de 25,07 e depois passou para 28,03 ($p = 0,002$). Já o tempo médio gasto para concluir o teste que antes era 42,85 segundos passou para 37,21 segundos ($p = 0,008$). Tais alterações demonstraram que a capacitação elevou significativamente o grau da LSB dos professores. O teste BREALD-30 apresenta como limitação o fato de não avaliar a LSB em toda sua dimensão e de se basear apenas no reconhecimento de palavras por meio da

leitura em voz alta sem avaliar se o voluntário sabe o significado das palavras³¹. Mas apesar dessas limitações, quando comparado com outros testes, ele se mostra como uma opção de fácil e rápida execução e é considerado como um bom instrumento de triagem e um bom preditor da LSB em toda a sua dimensão³². Além disso, ele é o único teste de literacia em saúde bucal validado no Brasil, até o momento. Como se desejava um instrumento validado e de rápida e simples execução para não causar transtorno na rotina dos professores, o BREALD-30 foi o eleito para a realização deste trabalho. Devido às limitações já citadas, ele deve ser associado a outro instrumento validado na área a ser avaliada²⁵. Neste trabalho tais limitações foram superadas com a associação de um instrumento específico para o nível de conhecimento em saúde bucal.

Até o momento não foi encontrado outro artigo que avaliasse a LSB em professores. Os artigos disponíveis na literatura nacional e internacional possuem como participantes: pacientes de faculdades de odontologia ou de centros de saúde. Mas, em linhas gerais, nota-se que maior grau de LSB tem sido associado a maior grau de escolaridade e maior nível de conhecimento em saúde bucal^{29,33,34}. E essa seria uma possível explicação para o bom nível de LSB encontrado neste trabalho antes da capacitação, pois como já mencionado, os professores possuíam um alto grau de escolaridade e apresentaram bom nível de conhecimento em saúde bucal.

Com relação ao programa de capacitação desenvolvido, pode-se dizer que ele foi planejado sob uma ótica alinhada à concepção atual sobre as ações de promoção da saúde nas escolas. Atualmente, para o sucesso de tais ações, é reconhecida a necessidade da intersetorialidade e do estabelecimento de vínculo entre os profissionais da Educação e da Saúde, sendo as ações de educação em saúde um bom caminho desde que tenham como foco o desenvolvimento da autonomia e de habilidades, a formação de agentes multiplicadores de informação e o compartilhamento dos saberes³⁵. Desse modo, o programa de capacitação aqui apresentado buscou aproximar os setores saúde e educação, estabelecer o vínculo entre os profissionais dos dois setores, estimular a autonomia e desenvolver as habilidades dos professores por meio de ações de educação em saúde que buscaram promover o conhecimento e literacia em saúde bucal. O programa obteve sucesso graças à relação dialógica que foi estabelecida desde a primeira etapa (*Conhecer*) e também porque em todas as etapas, os professores tiveram uma participação ativa e tiveram seus saberes valorizados. Na *etapa Capacitar* houve o compartilhamento de informações entre os professores e a dentista. E isso foi enriquecedor, pois a partir dessa etapa os professores passaram a saber mais sobre temas

ligados à saúde e a dentista passou a conhecer as metodologias pedagógicas utilizadas pelos professores. Na *etapa Construir*, houve a produção coletiva do material educativo “Guia de Saúde Bucal na Escola”. A construção desse guia buscou preencher a lacuna dos materiais de apoio para o professor. Seus módulos abordam temas sobre a saúde bucal e sua relação com a saúde geral em textos e em exemplos de atividades interdisciplinares. Tais atividades foram elaboradas com um formato de fácil e rápida reprodução, para superar a falta de tempo para a elaboração de atividades extras que os professores relatam. Além disso, elas têm o objetivo de demonstrar a inserção dos temas de saúde bucal nas disciplinas de forma contextualizada e sem causar sobrecarga aos professores.

Conclusão

O programa de capacitação realizado proporcionou aumento significativo nos níveis de literacia em saúde bucal dos professores. Promoveu a construção coletiva de um material educativo para professores dos anos iniciais do ensino fundamental. E aproximou os profissionais dos setores Saúde e Educação, o que gerou vínculo e a participação dos profissionais da escola em ações de promoção da saúde.

Espera-se que o modelo de capacitação baseado em três etapas (conhecer, capacitar e construir) proposto por este trabalho, possa ser reproduzido em outros lugares com sucesso e que também possa ser utilizado por outras áreas da saúde além da Odontologia.

É importante destacar que a literacia em saúde é um ponto fundamental para a promoção de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a literacia em saúde é uma ferramenta muito importante para o empoderamento das pessoas além de ser um dos determinantes do processo saúde-doença³⁶. Dessa forma, espera-se que este trabalho possa contribuir para a utilização dessa ferramenta na Saúde Pública brasileira e para o surgimento no Brasil de outros trabalhos nessa área. Deseja-se também contribuir para a reflexão a cerca da inserção do termo literacia como descritor dessa ferramenta no Brasil.

Colaboradores

ALM Igdal participou da concepção do estudo, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. VE Gomes, IA Pordeus participaram da concepção do estudo e redação do manuscrito. CB Bendo participou da análise dos dados e redação do manuscrito. EF Ferreira participou da redação do manuscrito.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Educação de Nova Lima-MG pela autorização da realização do trabalho. À direção, coordenação e aos professores das escolas pelo envolvimento durante o trabalho. E ao Conselho Regional de Odontologia - MG pela doação dos kits de higiene bucal, blocos e canetas que foram distribuídos durante a execução desse trabalho.

Referências

- 1.Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(4): 701-710. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2003. p.39-53.
- 2.Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. [acesso em 11/12/2015]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- 3.Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(33): 389-97.
- 4.Fernando S, Speicher DJ, Bakr MM, Benton MC, Lea RA, Scuffham PA, Mihala G, Johnson NW. Protocol for assessing maternal, environmental and epigenetic risk factors for dental caries in children. *BMC Oral Health* 2015; 15:167.
- 5.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.
- 6.Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004.
- 7.Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2006.
- 8.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006.
- 9.Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. 2010. Brasília: 92p. [acesso em 23 janeiro 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
- 10.Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: MS; 2009. (Caderno de atenção básica, n. 24).

11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008
12. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007 (Institui o Programa Saúde na Escola- PSE).
13. Vasel J, Bottan ER, Campos L. Educação em saúde bucal: análise do Conhecimento dos professores do ensino fundamental de um município da região do Vale do Itapocu (SC). *Revista Sul-Brasileira de Odontologia* 2008; 5(2):.12-18.
14. Garbin CAS, Garbin AJI, Santos KT, Lima DP. Oral health education in schools: promoting, health agents. *Int J Dent Hygiene* 2009; 7: 212-216.
15. Azodo CC, Umoh AO. Periodontal Disease Awareness and Knowledge among Nigerian Primary School Teachers. *Ann Med Health Sci Res.* 2015; 5:340-7.
16. Medeiros MID, Medeiros LADM, Almeida RVD, Padilha WWN. Conhecimentos e Atitudes de Professores de Ensino Fundamental Sobre Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004; 4(2): 131-136.
17. Amith HV, D'Cruz AM, Shirahatti RV. Knowledge, attitude and practice regarding oral health among the rural government primary school teachers of Mangalore, India. *J Dent Hyg.* 2013; 87(6):362-9.
18. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. 562p.
19. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional).
20. Campos JADB, Garcia PPNS. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras* 2004; 7(1): 58-65.
21. Silva RP, Morano-júnior M, Mialhe FL. Professores da rede pública de ensino de Piracicaba: seus hábitos em higiene bucal e sua participação em programas educativo-preventivos. *Odontologia. Clín.- Científ* 2007; 6(4): 319-324.
22. Ehizele A, Chiwuzie J; Ofili A. Oral Health knowledge, attitude and practices among Nigerian primary school teachers. *Int J Dent Hygiene* 2011; 9: 254-260.
23. Sekhar V; Sivsankar P; , Easwaran MA; Subitha L; , Bharath N; Rajeswary K; Jeyalakshmi S. Knowledge, Attitude and Practice of School Teachers Towards Oral Health in Pondicherry. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014; 8(8): 12-15.
24. Francisco, KMS. Elaboração e aplicação de questionário sobre saúde bucal validado pela teoria de resposta ao item. [Dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista 2009. 88p. Mestrado em Odontologia Social e Preventiva.

25. Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. *PLoS ONE* 2015; 10(7): e0131600.
26. McLaughlin G: SMOG grading: a new readability formula. *J Reading* 1969; 12: 639-646. IN: Centers for Disease Control and Prevention. SimplyPut. A guide for creating easy-to-understand materials” 2009.44p.[acessado em 2015 set 11]. Disponível em : http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf
27. Centers for Disease Control and Prevention. SimplyPut. A guide for creating easy-to-understand materials” 2009.44p.[acessado em 2015 set 11]. Disponível em : http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf
28. Brasil. Ministério de Educação. Relatório de Gestão Consolidado- Exercício 2014. Brasília: 1628p. [publicado em: 30 abr 2015, acesso em: 23 nov 2015] .Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-basica/programas-e-acoas>
29. Sistani MMN, Montazeri, A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for a public health: development and pilot testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2013; 4: 1-9.
30. Passamai MB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2012; 16(41): 301-14.
31. Lee JY, Rozier G, Lee S, Bender D, Ruiz RE. Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 – A brief Communication. *Journal of Public Health Dentistry* 2007;67: 94–98.
32. Stucky BD, Lee JY, Lee S-YD, Rozier RG .Development of the Two-Stage Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39:474–480.
33. Sistani MMN, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? *ISRN Dentistry* 2013; artigo 249591: 1-6.b
34. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral Health Literacy among Female Caregivers: Impact on Oral Health Outcomes in Early Childhood. *J Dent Res* 2010; 89(12): 1395-1400.
35. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *CienSaude Colet* 2014, 19(3): 829-840.
36. World Health Organization. Health Literacy: solids facts, 2013.

7.2 Produto Técnico

O produto técnico dessa pesquisa foi um livro de 53 páginas cujo título é Guia de Saúde Bucal na Escola (APÊNDICE F). Esse guia foi produzido com a colaboração dos professores que participaram do estudo principal. O guia tem como público-alvo professores do ensino fundamental e é dividido em quatro módulos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho demonstrou que os professores dos anos iniciais são excelentes parceiros para o desenvolvimento de ações de Promoção de Saúde e por isso é de grande importância a participação deles no planejamento e execução das ações do Programa Saúde na Escola.

No entanto, embora o PSE tenha sido instituído em 2007, até o presente momento não há programas de capacitação sobre o PSE e/ou temas sobre saúde estabelecidos pelo Governo para os profissionais da Educação. Sendo assim, esse trabalho procurou preencher essa lacuna através da proposição de um programa de capacitação.

O programa de capacitação realizado aumentou os níveis de literacia em saúde bucal dos professores, possibilitou a construção coletiva de em material educativo e promoveu a aproximação dos setores Saúde e Educação, o que gerou o vínculo e a participação da escola nas ações de promoção de saúde.

No âmbito pessoal, esse trabalho me trouxe maravilhosas surpresas, pois ao planejá-lo eu imaginava que os professores possuiriam poucas informações sobre saúde bucal, assim apenas seria abordado o tema doença cárie e seria produzido apenas um folheto. Felizmente, os professores possuíam muitas informações e isso permitiu a abordagem de outros temas e foi possível a construção de um material com maior volume e profundidade das informações sobre a saúde bucal. Além disso, aprendi muito sobre a arte de transmitir informações e também fui capacitada.

9 REFERÊNCIAS

- American Medical Association (AMA). Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999 281(6): 552-7.
- Andrade, RAC. O encerramento do programa de saúde escolar em Belo Horizonte: consequência desta ação na saúde bucal dos escolares. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. 2008.78p. Mestrado em Saúde Pública.
- Albuquerque PC, Stotz EN. A Educação Popular na Atenção Básica à Saúde no Município: em busca da integralidade. *Interface*. 2004; 8(15): 259-274.
- Albuquerque IL. O professor e seu papel social. *RBPS*. 2004; 17(4): 206-210.
- Almeida-Filho N. Bases históricas da Epidemiologia. *Cad. Saude Publica*. 1986; 2(3):304-3011.
- Amith HV, D'Cruz AM, Shirahatti RV. Knowledge, attitude and practice regarding oral health among the rural government primary school teachers of Mangalore, India. *J Dent Hyg*. 2013 Dec;87(6):362-9.
- Azodo CC, Umoh AO. Periodontal Disease Awareness and Knowledge among Nigerian Primary School Teachers. *Ann Med Health Sci Res* 2015; 5:340-7.
- Barata RB. Casualidade e epidemiologia. *Hist. cienc. saude*. 1996; 4(1): 31-49.
- Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Dissertação]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.117 p. Mestrado em Saúde Pública. [acesso em: 08 dez 2015]. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/beckerdm/capa.pdf>
- Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. Texto traduzido e adaptado do artigo “La Transferência de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor”(Bordenave, J.E.D., Revista Interamericana de Educação de Adultos, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983. Disponível: https://www.ufpe.br/medicina/images/Textos_recomendados/alguns_fatores_pedagogicos.pdf. [acesso em: 11 dez 2015].
- Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.
- Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação).
- Brasil, Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, 1987.
- Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2006.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008 a.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Caderno de Atenção Básica nº17: Saúde Bucal. Brasília, 2008 b. 92p.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Caderno de Atenção Básica nº24: Saúde na Escola. Brasília, 2009.96p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.100p.(CONASS Documenta;18).[acesso em: 11 dez 2015]. Disponível em : http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf.

Brasil, Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. 562p.

Bress EL. Improving Oral Health Literacy – The New Standard in Dental Hygiene Practice. *J Dent Hyg.* 2013; 87(6): 322-329.

Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saude Publica.* 1999; 15(2): 177-185.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet.* 2000; 5(1): 163-177.

Bydlowski AC, Lefèvre AMC, Pereira IMTBP. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc Saude Colet.* 2011; 16(3): 1771-1780.

Campos JADB, Garcia PPNS. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras.* 2004; 7(1): 58-65.

Candeias, NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde. *Rev. Saude Publica.* 1997; 31(2): 209-213.

Capoli, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências e saúde, Mangueiras.1997 jul-ago.; 4(2): 287-307. In: Carneiro ACLL. Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a Promoção da Saúde. [Dissertação].Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.128p. Mestrado em Enfermagem.

Carneiro, ACLL. Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a Promoção da Saúde. [Dissertação] Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.128p. Mestrado em Enfermagem.

Cavaco AM, Várzea D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Rev Port Saude Pública.*2010; 28(2):179-186.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). SimplyPut. A guide for creating easy-to-understand materials” 2009. 44p. [acessado em: 11 set 2015]. Disponível em : http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf

Cerqueira MT. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. In: Figueiredo TAM, MachadoVLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Cienc Saude Colet.* 2010;15(2):397-402.

Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. *RGO.* 1992;40(2): 143-150. In: Medeiros MID, Medeiros

LADM, Almeida RVD, Padilha WVN. Conhecimentos e Atitudes de Professores de Ensino Fundamental Sobre Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004;4(2):131-136.

Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*.1999; 15(4): 701-710. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2003. p.39-53.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, Urss, 6-12 de Setembro de 1978. [acesso em: 11 dez 2015] Disponível em : <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

Dias AF, Barbosa GB, Prais MLCF. Papel social da escola na construção de hábitos saudáveis por meio do programa de promoção da saúde bucal. [Monografia].Brasília: Associação Brasileira de Odontologia do Distrito Federal. 2004.43p. Especialização em Saúde Coletiva.

Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade/ Work process in oral health: seeking different looks to understand and transform the reality. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(1): 1643-1652.

Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educação*. 2014; 19(56): 61-76.

Francisco, KMS. Elaboração e aplicação de questionário sobre saúde bucal validado pela teoria de resposta ao item. [Dissertação].Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista 2009. 88p. Mestrado em Odontologia Social e Preventiva.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 35ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(2): 397- 402.

Garbin CAS, Garbin AJI, Santos KT, Hidalgo LRC, Moimaz SAS. Conhecimento sobre saúde bucal por concluintes de pedagogia. *Trab. Educ. Saúde*. 2012; 10(3): 453-462.

Graciano AMC. Percepção de professores sobre a promoção da saúde em escolas públicas do ensino fundamental. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. 94p. Doutorado em Odontologia.

Granville-Garcia AF, Silva JM, Guinho SF, Menezes V. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. *RGO*. 2007; 55 (1): 29-34.

Ghiorzi, VCSD. Saúde bucal: tarefa do professor? “Estudo de caso sobre o programa saúde na escola em duas instituições do norte fluminense. [Monografia].Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense. 2008.103p. Licenciatura em Biologia.

Gitirana VFD, Lopes G, Lemos S, Rego MA. Avaliação de programa de educação odontológica escolar, em crianças de 4 a 5 anos de idade. *Rev. Biociênc*, Taubaté. 2003; 9(4): 47-51.

Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. *Am J Public Health* 2014;104:85–91.

Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, De-Paula AMB, EF Ferreira. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(1): 287-300.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2006; 15(2): 352-8.

Health Literacy Survey – European Consortium (HLS-EU): comparative report of health literacy in eight eu member states. The european health literacy survey, 2012. Online publication.[acesso em 15 maio 2014]. Disponível em: <http://www.health-literacy.eu>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2015. [acesso em 23 nov 2015]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314480&search=||infoogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>

Iervolino AS, Pelicioni MCF. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2005; 15(2): 99-110.

Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promot Int*. 2008; 23(3):269-74.

Jacoé NB, Aquino NM, Pereira SCL, Souza ES, Souza FC, Santana MS, Marçal MM, Rocha MJ, Nascimento AR, Maia DKA, Costa MCM, Ribeiro VCM. O olhar dos profissionais de saúde e uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev Med Minas Gerais*. 2014; 24 (supl 1): 43-48.

Jones K, Parker E, Mill H, Brennan D, Jamieson LM. Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). *Community Dental Health*. 2013; XX: 1-7.

Junkes, MC. Tradução, adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil e validação da versão brasileira do REALD-30 (Rapid Estimate Of Adult Literacy In Dentistry). [Dissertação]. Curitiba: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná. 2013.74p. Mestrado em Ciências da Saúde

Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. *PLoS ONE*. 2015; 10(7): e0131600.

Kubo FMM. O professor e a educação em saúde: um estudo quali-quantitativo. [Tese]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas 2010. 84p. Doutorado em Odontologia

Kueth JL. O Processo Ensino-Aprendizagem. Porto Alegre, Globo, 1974. 191p. In: Petry PC; Pretto MS. Educação e Motivação em Saúde Bucal. ABOPREV. Promoção de Saúde. 1ª Ed. São Paulo: São Paulo, 1997. Cap. 15, p. 364-370.

Lalonde M. A New Perspective in the Health of Canadians. Ottawa, Government Printing Office, 1974.

Lawder JAC, Mendes YBE, Silva LC, Andrade DKD, Rocha LM, Rogalla TM et al. Conhecimento e Práticas em Saúde Bucal entre Usuários de Serviços Odontológicos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008; 8(3): 321-326.

Lee JY, Rozier G, Lee S, Bender D, Ruiz RE. Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 – A brief Communication. *J Public Health Dent* 2007; 67: 94–98.

- Martins da Silva EM, Silva Filho CE, Nepomuceno VC. Uma grande descoberta: o prazer que a higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. *Rev Odontol Araçatuba*.2003; 24(2): 39-42.
- Martins VR, Abrantes FM, Miasato JM. Professores como uma importante fonte de informação e Promoção de Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008; 8(1): 27-30.
- McLaughlin G: SMOG grading: a new readability formula. *J Reading* 1969; 12: 639-646.
- Medeiros MID, Medeiros LADM, Almeida RVD, Padilha WWN. Conhecimentos e Atitudes de Professores de Ensino Fundamental Sobre Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004; 4(2): 131-136.
- Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4): 533-5.
- Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, Moyses SJ, Moyses ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(1): 1827-1834.
- Nadanovsky, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª. Ed. São Paulo: Santos, 2000. cap. 9, p. 293-310.
- Oliveira ET, Júnior JFL, Soares FNCS, Maia ERM. A Odontologia Social no contexto da Promoção da Saúde. *RBPS*. 2008; 21(1):75-79.
- Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde , Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. [acesso em 11/12/2015].
Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Ottawa.htm
- Organización Panamericana de la Salud / U N E S CO, 1993. Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina . Quito: OPAS/UNESCO. In: BUSS, PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. Saude Publica*. 1999; 15(2): 177-185.
- Pereira, AA. Avaliação do programa de educação em saúde da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. [Dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. 2002.126 p. Mestrado em Odontologia.
- Perin PCP, Garbin AJI, Perin LFMG, Pereira MA, Abreu KCS. Percepção e condição de saúde bucal em crianças numa instituição na cidade de Lins/SP. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, Piracicaba. 2004; 16(2):33-38.
- Pretto SM. Ação e Reflexão para uma Prática Social Transformadora em Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado, 1989, 160p ; in: Petry PC; Pretto SM. Educação e Motivação em Saúde Bucal; in: ABOPREV. Promoção de Saúde. 1ª Ed. São Paulo: São Paulo, 1997. cap. 15, p. 364-370.
- Petry PC; Pretto SM. Educação e Motivação em Saúde Bucal; in: ABOPREV. Promoção de Saúde. 1ª Ed. São Paulo: São Paulo, 1997. Cap. 15, p. 364-370.
- Pinheiro HHC, Cardoso DG, Araújo MVA, Araújo IC. Avaliação do nível de conhecimento de saúde bucal dos professores da creche Sorena, Belém, Pará. *Rev Inst Cienc Saúde*. 2005; 23(4): 297-303.
- Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª. Ed. São Paulo: Santos, 2000.541p.

- Rey A, 1993. Dictionnaire Historique de la Langue Française. Paris: Dictionnaires Le Robert . In : Naomar de Almeida Filho .Qual o sentido do termo saúde? Cad. Saúde Pública. 2000;16(2):300-301, abr/jun, 2000.
- Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann Jr WF. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: The REALD-99. *J Public Health Dent.* 2007;67: 99–104.
- Saliba NA, Pereira AA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM. Programa de educação em saúde bucal: A experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. *Odontologia. Clín.-Científ.* 2003; 2(3): 197-200.
- Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. *Rev. Odontol. UNESP.* 2002; 31(2):2 05-214.
- Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal de professores do ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras.* 2003 a;6(1): 67-74.
- Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2003b; 6(33): 389-97.
- Santos KF, Bogus MC. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2007; 17(3): 123-133.
- Scliar M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007; 17(1): 29-41.
- Sekhar V; Sivsankar P; , Easwaran MA; Subitha L; , Bharath N; Rajeswary K; Jeyalakshmi S. Knowledge, Attitude and Practice of School Teachers Towards Oral Health in Pondicherry. *J Clinical and Diagnostic Research* 2014; 8(8): 12-15.
- SESC. Departamento Nacional. Manual técnico de educação em saúde bucal. Serviço Social do Comércio (SESC), Rio de Janeiro, 2007.132p.
- Silva RP, Morano-júnior M, Mialhe FL. Professores da rede pública de ensino de Piracicaba: seus hábitos em higiene bucal e sua participação em programas educativo-preventivos. *Odontologia. Clín.-Científ.* 2007; 6(4): 319-324.
- Sistani MMN, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for a public health: development and pilot testing. *J Investigative and Clinical Dentistry.* 2013a; 4: 1-9.
- Sistani MMN, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? *ISRN Dentistry.* 2013b volume 2013, artigo 249591: 1-6.
- Todescan JH, Sima FT. Campanhas de prevenção e orientação para higiene bucal. *Rev Assoc Paul Cir Dent.*1991; 45:537-9.
- Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral Health Literacy among Female Caregivers: Impact on Oral Health Outcomes in Early Childhood. *J Dent Res* 2010; 89(12): 1395-1400.
- Vasel J, Bottan ER, Campos L. Educação em saúde bucal: análise do Conhecimento dos professores do ensino fundamental de um município da região do Vale do Itapocu (SC). *RSBO.* 2008; 5(2):.12-18.
- Wehmeyer, MN, Corwin, CL, Guthmiller JM, Lee JY. The impact of oral literacy on periodontal health status. *J Public Health Dent.* 2014; 74(1): 80-7.

Weyne SC. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para as novas gerações; in:ABOPREV. Promoção de Saúde. 1ª Ed. São Paulo: São Paulo, 1997. Cap. 1.p. 1-26.

World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva,1986 .[acesso em: 11 dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. Health Literacy: solids facts, 2013.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social e Preventiva Programa de
Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública

Questionário – Parte I

- 1) Sexo: Masculino Feminino
- 2) Qual a sua idade? _____ anos.
- 3) Qual a sua escolaridade?

<input type="checkbox"/> Nível Médio	<input type="checkbox"/> Especialização
<input type="checkbox"/> Magistério	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Nível Superior	<input type="checkbox"/> Doutorado
- 4) Há quanto tempo você trabalha como professor (a)? _____
- 5) As informações sobre saúde bucal que você possui foram obtidas através de qual(is) fonte(s)?

<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Escola de 1º grau/ Ensino Fundamental
<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Escola de 2º grau/ Ensino Médio
<input type="checkbox"/> Televisão, rádio, internet	<input type="checkbox"/> Faculdade
<input type="checkbox"/> Jornal, revista, panfleto, livro	<input type="checkbox"/> Outras: _____
- 6) Com que frequência você vai ao dentista?

<input type="checkbox"/> A cada 6 meses	<input type="checkbox"/> A cada 1 ano e 6 meses ou mais	<input type="checkbox"/> Outra:
<input type="checkbox"/> A cada 1 ano	<input type="checkbox"/> Só quando há necessidade	_____
- 7) Onde você vai ao dentista?

<input type="checkbox"/> Consultório da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)
<input type="checkbox"/> Consultório particular do meu convênio/ plano de saúde
<input type="checkbox"/> Consultório particular sem convênio/ plano de saúde
- 8) Qual o motivo da sua visita ao dentista?

<input type="checkbox"/> Dor de dente
<input type="checkbox"/> Consulta agendada para fazer algum tratamento
<input type="checkbox"/> Consulta de rotina / retorno
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____
- 9) Você tem medo de dentista? Sim Não

APÊNDICE B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO/TESTE PILOTO

Meu nome é Anna Lúcia Melo Igdal, sou dentista (CRO-MG 36933). Gostaria de sua autorização para a realização, nessa escola, do teste piloto da pesquisa intitulada: “Conhecimento e Literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a intersectorialidade”, que tem como objetivos: fazer o diagnóstico das informações sobre saúde bucal que os professores possuem e saber como os mesmos podem ajudar para a transmissão de tais informações para os alunos. Para participar desse trabalho, os participantes precisarão preencher um questionário. O teste piloto tem a finalidade de verificar se o questionário está claro e se ele precisa de alguma alteração. Esta pesquisa não oferecerá nenhum risco aos participantes. O anonimato e o sigilo das informações colhidas serão garantidos. Afirmamos que os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e os resultados poderão vir a ser publicados em uma revista científica. Os nomes dos participantes e da escola não serão utilizados em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo. Não haverá despesas financeiras para a escola e nem para os participantes. Não haverá nenhuma compensação financeira para a escola e nem para os participantes da pesquisa. A participação será voluntária. Os participantes poderão desistir da pesquisa e cancelar o consentimento a qualquer momento. Este documento tem como função autorizar a realização do estudo nessa escola e esclarecê-lo sobre os seus objetivos e riscos.

Eu, _____, afirmo ter entendido o termo acima, bem como concordar com o que me foi esclarecido. Autorizo a realização desta pesquisa na escola _____.

Nova Lima, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisado voluntário

Pesquisadora Dr^a Isabela Almeida Pordeus

Mestranda Anna Lúcia Melo Igdal

Em caso de dúvida entre em contato com:

Mestranda: Anna Lúcia Melo Igdal (31) 3581-8446, e-mail: annaigdal@yahoo.com.br

Pesquisadora: Dr^a Isabela Almeida Pordeus: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, telefone: (31) 3409-2472

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II- 2º andar- sala 2005- CEP: 31270-901- BH – MG telefax: (31) 3409-4592- e-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Meu nome é Anna Lúcia Melo Igdal, sou dentista (CRO-MG 36933). Gostaria de sua autorização para a realização, nessa escola, da pesquisa intitulada: “Conhecimento e Literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a intersectorialidade”, que tem como objetivos: fazer o diagnóstico das informações sobre saúde bucal que os professores possuem e saber como os mesmos podem ajudar para a transmissão de tais informações para os alunos. Para participar desse trabalho, os participantes precisarão preencher um questionário. Além disso, haverá alguns encontros nos quais serão abordados os temas: “A importância do Professor para a Saúde”, “Saúde Bucal” e “Doença Cárie, prevenção e tratamento” e outros que tiverem necessidade. Esta pesquisa não oferecerá nenhum risco aos participantes. O anonimato e o sigilo das informações colhidas serão garantidos. Afirmamos que os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e os resultados poderão vir a ser publicados em uma revista científica. Os nomes dos participantes e da escola não serão utilizados em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo. Não haverá despesas financeiras para a escola e nem para os participantes. Não haverá nenhuma compensação financeira para a escola e nem para os participantes da pesquisa. A participação será voluntária. Os participantes poderão desistir da pesquisa e cancelar o consentimento a qualquer momento. Este documento tem como função autorizar a realização do estudo nessa escola e esclarecê-lo sobre os seus objetivos e riscos.

Eu, _____, afirmo ter entendido o termo acima, bem como concordar com o que me foi esclarecido. Autorizo a realização desta pesquisa na escola _____.

Nova Lima, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisado voluntário

Pesquisadora Dr^a Isabela Almeida Pordeus

Mestranda Anna Lúcia Melo Igdal

Em caso de dúvida entre em contato com:

Mestranda: Anna Lúcia Melo Igdal (31) 3581-8446, e-mail: annaigdal@yahoo.com.br

Pesquisadora: Dr^a Isabela Almeida Pordeus: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, telefone: (31) 3409-2472

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II- 2º andar- sala 2005- CEP: 31270-901- BH – MG telefax: (31) 3409-4592- e-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TESTE PILOTO

Meu nome é Anna Lúcia Melo Igdal, sou dentista (CRO-MG 36933). Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente do teste piloto da pesquisa intitulada “Conhecimento e Literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a intersectorialidade”, que tem como objetivos: fazer o diagnóstico das informações sobre saúde bucal que os professores possuem e saber como os mesmos podem ajudar para a transmissão de tais informações para os alunos. Para participar desse trabalho, você precisará preencher um questionário, ele é simples, mas você poderá sentir algum constrangimento durante o preenchimento dele . O teste piloto tem a finalidade de verificar se o questionário está claro e se ele precisa de alguma alteração. O anonimato e o sigilo das informações colhidas serão garantidos. Afirmamos que os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e os resultados poderão vir a ser publicados em uma revista científica. Seu nome não será utilizado em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo. Não haverá despesas financeiras para você. Não haverá nenhuma compensação financeira por sua participação na pesquisa. A sua participação é voluntária. Você poderá desistir da pesquisa e cancelar o seu consentimento a qualquer momento. Este documento tem como função autorizar a sua participação neste estudo e esclarecê-lo sobre os seus objetivos e riscos. . Você receberá uma via desse termo.

Eu, _____, afirmo ter entendido o termo acima, bem como concordar com o que me foi esclarecido. Aceito participar desta pesquisa de forma voluntária.

Nova Lima, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisado voluntário

Pesquisadora Dr^a Isabela Almeida Pordeus

Mestranda Anna Lúcia Melo Igdal

Em caso de dúvida entre em contato com:

Mestranda: Anna Lúcia Melo Igdal (31) 3581-8446, e-mail: annaigdal@yahoo.com.br

Pesquisadora: Dr^a Isabela Almeida Pordeus: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, telefone: (31) 3409-2472

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II- 2º andar- sala 2005- CEP: 31270-901- BH – MG telefax: (31) 3409-4592- e-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Anna Lúcia Melo Igdal, sou dentista (CRO-MG 36933). Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Conhecimento e Literacia em Saúde Bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a intersectorialidade”, que tem como objetivos: fazer o diagnóstico das informações sobre saúde bucal que os professores possuem e saber como os mesmos podem ajudar para a transmissão de tais informações para os alunos. Para participar desse trabalho, você precisará preencher um questionário, ele é simples, mas você poderá sentir algum constrangimento durante o preenchimento dele. Além disso, haverá alguns encontros nos quais serão abordados os temas: “A importância do Professor para a Saúde”, “Saúde Bucal” e “ Doença Cárie, prevenção e tratamento” e outros que tiverem necessidade. O anonimato e o sigilo das informações colhidas serão garantidos. Afirmamos que os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e os resultados poderão vir a ser publicados em uma revista científica. Seu nome não será utilizado em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo. Não haverá despesas financeiras para você. Não haverá nenhuma compensação financeira por sua participação na pesquisa. A sua participação é voluntária. Você poderá desistir da pesquisa e cancelar o seu consentimento a qualquer momento. Este documento tem como função autorizar a sua participação neste estudo e esclarecê-lo sobre os seus objetivos e riscos. Você receberá uma via desse termo.

Eu, _____, afirmo ter entendido o termo acima, bem como concordar com o que me foi esclarecido. Aceito participar desta pesquisa de forma voluntária.

Nova Lima, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisado voluntário

Pesquisadora Dr^a Isabela Almeida Pordeus

Mestranda Anna Lúcia Melo Igdal

Em caso de dúvida entre em contato com:

Mestranda: Anna Lúcia Melo Igdal (31) 3581-8446, e-mail: annaigdal@yahoo.com.br

Pesquisadora: Dr^a Isabela Almeida Pordeus: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, telefone: (31) 3409-2472

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II- 2º andar- sala 2005- CEP: 31270-901- BH – MG telefax: (31) 3409-4592- e-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE F

No APÊNDICE F está o produto técnico desse trabalho. Tal produto trata-se de um material escrito com 53 páginas. Devido à grande extensão, esse apêndice será apresentado por último a partir da página 108 para facilitar a consulta aos ANEXOS.

ANEXO A**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.**

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Jose Gomes Temporão

ANEXO B

Questionário – Parte II

MARQUE APENAS 01 (UMA) OPÇÃO CORRETA :

- 1) O que é cárie?
 - a) Não é uma doença.
 - b) É uma doença causada principalmente pela falta de higiene bucal.
 - c) Um buraco no dente causada pelo uso de antibióticos.
 - d) É um dente que não se formou por completo.

- 2) Quanto tempo pode durar os dentes permanentes?
 - a) Somente durante a adolescência.
 - b) Até 40 anos.
 - c) No máximo até 70 anos.
 - d) Até a pessoa morrer.

- 3) O que é Placa Bacteriana?
 - a) É uma placa usada para evitar a cárie.
 - b) Um aparelho que pode machucar a boca.
 - c) Uma camada dura que se forma na superfície dos dentes.
 - d) Uma massa amarelada constituída de restos de alimentos que se forma nos dentes
 - e) Uma placa usada para corrigir os dentes tortos.

- 4) Como deve ser uma escova ideal?
 - a) Grande e dura.
 - b) Grande e macia.
 - c) Média e dura.
 - d) Média e macia.
 - e) Pequena e dura.
 - f) Pequena e macia.

- 5) Qual a função do fio dental?
 - a) Somente para limpar entre os dentes do fundo.
 - b) Somente para limpar entre os dentes da frente.
 - c) Para remover restos de alimentos e placa bacteriana entre todos os dentes.
 - d) O uso do fio dental não é importante.

- 6) O que pode causar o sangramento da gengiva?
 - a) Comer muito doce.
 - b) Comer muitos alimentos frios ou quentes.
 - c) Não cuidar corretamente da higiene bucal.
 - d) Nada causa o sangramento, pois é normal

- 7) Qual a melhor maneira de evitar cárie?
 - a) O açúcar.
 - b) Comer alimentos mais duros.
 - c) Escovar corretamente os dentes apenas uma vez ao dia.
 - d) Comer doces.
 - e) Escovar os dentes após comer doce e após as refeições.

- 8) O que deve ser realizado todos os dias para ter uma boca saudável?
 - a) Ir ao dentista.
 - b) Lavar a boca com o dedo.
 - c) Usar palito de dentes.
 - d) Escovar os dentes e usar fio dental.
 - e) Fazer bochecho com água.

- 9) É importante ir ao dentista mesmo sem ter cárie?
 - a) Sim, para verificar se os dentes estão bons.
 - b) Não, pois se não tem cárie não é preciso ir ao dentista.

- 10) Pensando em sua saúde bucal, como deve ser o consumo de doces?
- Em nenhum momento.
 - Em qualquer momento desde que escove os dentes logo após.
 - Após as refeições principais.
 - Somente pela manhã.
 - Nunca consumir no período da noite.
- 11) Em caso de dor de dente, o que deve ser feito?
- Procurar um dentista.
 - Pingar remédio no dente.
 - Usar palito de dente.
 - Parar de escovar os dentes.
- 12) Qual a melhor maneira de realizar a sua higiene bucal?
- Escovar os dentes com bastante força.
 - Usar escova de dente dura.
 - Nunca comer açúcar.
 - Usar grande quantidade de creme dental.
 - Escovar os dentes suavemente e passar fio dental.
- 13) Deve-se escovar os dentes:
- Somente para ter bom hálito.
 - Somente para ficar mais bonito.
 - Para remover os restos de alimentos dos dentes.
 - Apenas quando os pais mandam
 - Porque o gosto da pasta de dente faz bem à saúde.
- 14) Se você não escovar os dentes corretamente, o que poderá acontecer?
- Seus dentes ficarão mais fortes.
 - Suas gengivas ficarão mais saudáveis.
 - Você poderá ter cárie e mau hálito.
 - Seus dentes ficarão brancos.
- 15) Qual a melhor forma de evitar a inflamação da gengiva?
- Apenas usando a escova dental.
 - Somente usando líquidos para bochecho.
 - Usando escova e fio dental.
 - Não comendo doces.
- 16) Qual a melhor maneira de manter suas gengivas saudáveis?
- Não comendo doces.
 - Escovando os dentes todos os dias e usando fio dental.
 - Escovando os dentes mais de 10 vezes por dia.
 - Tomando vitaminas.
 - Lavando a boca com água.
- 17) O que deve ser feito se sua gengiva sangrar constantemente?
- Parar de escovar os dentes.
 - Tomar remédio.
 - Lavar somente com água.
 - Procurar um dentista.
 - Nada, pois o sangramento é normal.
- 18) O que é flúor?
- É um remédio para curar a cárie.
 - É um produto usado para fortalecer os dentes evitando a cárie.
 - É um produto usado para deixar os dentes mais brancos.
 - É um produto que não deixa o dente doer.
- 19) Quando o flúor é importante?
- Somente na infância.
 - Somente na adolescência.
 - Somente na idade adulta.
 - Em todas as fases da vida.

ANEXO C

BREALD -30

Tempo total: _____ Pontuação BREALD-30: _____

1. Açúcar		11. Biópsia		21. Endodontia	
2. Dentadura		12. Enxaguatório		22. Maloclusão	
3. Fumante		13. Bruxismo		23. Abscesso	
4. Esmalte		14. Escovar		24. Biofilme	
5. Dentição		15. Hemorragia		25. Fístula	
6. Erosão		16. Radiografia		26. Hiperemia	
7. Genética		17. Película		27. Ortodontia	
8. Incipiente		18. Halitose		28. Temporomandibular	
9. Gengiva		19. Periodontal		29. Hipoplasia	
10. Restauração		20. Analgesia		30. Apicectomia	

ANEXO D**Fórmula de SMOG (Simply Measure of Gobbledygook)**

Como calcular a fórmula SMOG

Passo 1: Acesse todo o texto a ser avaliado.

Passo 2: Selecione 10 frases no início, 10 frase no meio e 10 frases no fim do texto.

Passo 3: Faça a contagem de cada palavra com três ou mais sílabas em cada grupo de frases, mesmo se a mesma palavra aparecer mais de uma vez .

Passo 4: Calcule a raiz quadrada do número encontrado no Passo 3 e arredonde- o para o mais próximo de 10. Em seguida, adicione 3 para obter o resultado.

índice SMOG = 3 + raiz quadrada do total de palavras com três sílabas ou mais

As premissas da fórmula são:

1. A sentença é definida como uma seqüência de palavras pontuadas com um ponto, um ponto de exclamação ou um ponto de interrogação.
2. Considere frases longas com ponto e vírgula como duas frases.
3. As palavras com hífen são considerados como uma única palavra.
4. Os nomes próprios, se tiver três ou mais sílabas devem ser contado.
5. Os números devem ser considerados conforme são pronunciados para determinar se eles possuem três sílabas ou mais.
6. As abreviações devem ser lidas como se não estivessem abreviadas para determinar se possuem três sílabas ou mais. No entanto, as abreviaturas devem ser evitadas, a menos que sejam comumente conhecidas.

Fonte : <http://www.readabilityformulas.com/smog-readability-formula.php>

ANEXO E



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 45215214.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Isabela Almeida Pordeus
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 25 de junho de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Conhecimento e literacia em saúde bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para a construção da intersetorialidade"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO F**CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA****Comprovante de submissão**

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2016-1269
Title	Professores promotores da saúde: conhecer, capacitar e construir
Authors	Igdal, Anna Lúcia Ferreira, Efigênia Gomes, Viviane Bendo, Cristiane Pordeus, Isabela
Date Submitted	09-May-2016

Normas de publicação**Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989,

1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as

normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia

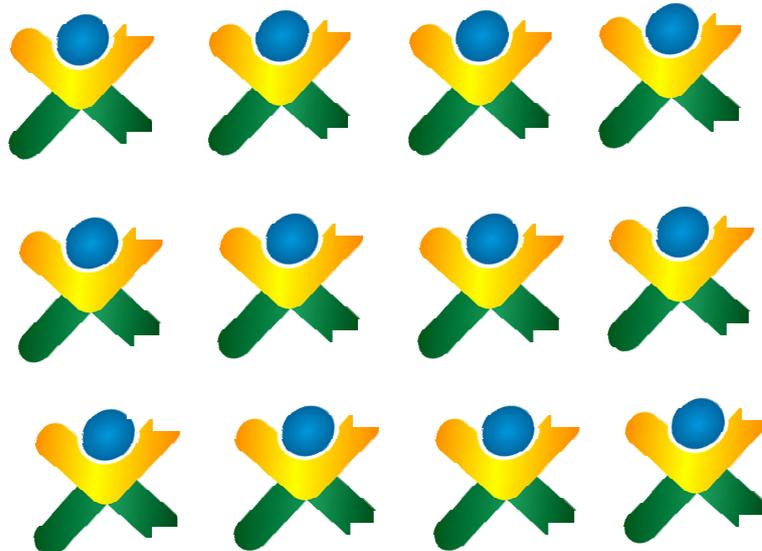
Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

APÊNDICE F

GUIA DE SAÚDE BUCAL NA ESCOLA



Autora

Anna Lúcia Melo Igdal

Co-autores**E.M Vicente Estevão dos Santos:**

Adriana Aparecida Januário
 Ana do Pilar Silva
 Ana Patrícia dos Anjos Cássia
 Ana Neri Bernardes
 Elaine Delamare Ferreira de Souza
 Giselle Goulart
 Graziella Ferreira Souza
 Humberta Lúcia das Graças
 Ilca Maria Amorim
 Jussara Tavares A. Blom Gurgel
 Kelly Adaid Rodrigues Gloor
 Maria Luiza Silva Machado
 Rafael Freitas de Abreu
 Sueli Pinto Rodrigues
 Valeria Regina Oliveira Silva

UFMG

Isabela Almeida Pordeus
 Viviane Elisângela Gomes

Revisão do texto

Jussara Tavares A. Blom Gurgel

Colaboradores**E.M. César Rodrigues**

Diretora
 Kátia Sueli Gonçalves

Professoras

Angela de Fátima Fito Silva
 Águida Aparecida da Cruz Tavares
 Cláudia Fernanda Santos
 Luciana Cunha Longuinhos Pinto
 Maria Nazaré de Mello Gomes

E.M Vicente Estevão dos Santos

Diretora
 Juliane Silva Bernardo Gonçalves

Supervisoras

Andrea Luciana Ferreira
 Virginia Stela Santos Oliveira

Apoio

Conselho Regional de Odontologia
 de Minas Gerais (CRO-MG)

Departamento de Odontologia da
 Secretaria Municipal de Saúde de
 Nova Lima

Faculdade de Odontologia da
 Universidade Federal de Minas
 Gerais (FO-UFMG)

Secretaria Municipal de Educação
 de Nova Lima

Agradecimentos

O desenvolvimento desse material foi resultado do empenho e trabalho em conjunto das professoras Jussara, Ana Neri, Malu, Elaine, Graziella, Kelly, Humberta, Adriana, Ilca , Ana Patricia, Sueli, Ana do Pilar , Valéria, Gizelle, e do professor Rafael (E.M. Vicente Estevão dos Santos).

Muito obrigada a todos pela ajuda , convivência e troca de saberes.

Apresentação

Este material é fruto de um projeto de pesquisa de um programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG. O objetivo desse projeto de pesquisa é a promoção da saúde bucal no ambiente escolar, tanto para os alunos quanto para os educadores.

Trata-se de um guia sobre Saúde Bucal, direcionado aos educadores, que foi construído com a participação de professores do ensino fundamental da rede pública de Nova Lima-MG.

Espera-se que esse material possa ajudar o professor durante o planejamento de aulas e exercícios sobre saúde bucal a serem trabalhados com seus alunos tanto na disciplina de ciências quanto nas demais.

O Guia Saúde Bucal na Escola é composto por quatro módulos. Os três primeiros são textos e o último contém sugestões de atividades e exercícios.

No final há um glossário, no qual estão as definições das palavras que aparecem sublinhadas ao longo dos textos.

O guia foi confeccionado em preto e branco para facilitar a sua reprodução.

SUMÁRIO

Módulo 1 – A boca e suas partes	6
Módulo 2 – A placa bacteriana e seus danos à boca.....	13
Doença Cárie	
Doenças Periodontais	
Módulo 3 – Medidas Preventivas	22
Higiene bucal	
Flúor	
Alimentação Saudável	
Hábitos Saudáveis	
Módulo 4 – Sugestões de Atividades	32

MÓDULO 1:

A boca e suas partes

A BOCA

A boca é uma parte do nosso corpo muito importante. Com ela nos alimentamos, comunicamos e expressamos nossos sentimentos como, por exemplo, quando sorrimos.

Fazem parte da boca: os lábios, as bochechas, a língua, o palato, glândulas salivares e a saliva, os dentes e o periodonto (no qual está incluída a gengiva).

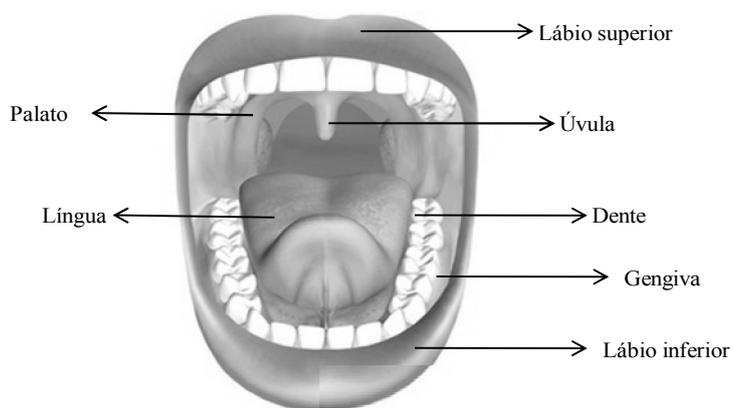


FIGURA 1 - A boca

Os **lábios** são estruturas móveis. Eles têm como funções: proteger os dentes, ajudar na fonação (fala), sucção e deglutição. Além disso, atuam na percepção de estímulos frios, quentes, táteis e de dor.

A **língua** e as **bochechas** também são móveis. Juntas posicionam os alimentos sobre os dentes. A língua possui ainda outras funções, como: participar da

fala, da gustação, da deglutição e da sensibilidade térmica e tátil.

A função da gustação se dá graças às papilas gustativas que estão na parte de cima da língua. Elas diferenciam o sabor amargo, azedo, salgado ou doce. Uma língua saudável e bem higienizada tem a cor vermelha.

O **palato** é mais conhecido como céu da boca e também participa do processo de deglutição. Ele é dividido em duas regiões: palato duro e palato mole. O palato duro fica na parte mais anterior e o palato mole fica na parte mais posterior. No palato duro estão localizadas as pregas palatinas transversais que são dobras que auxiliam na apreensão dos alimentos.

As **glândulas salivares** são responsáveis pelo umedecimento da boca e dos alimentos mastigados através da produção da saliva.

A **saliva** é também conhecida como cuspe ou baba. É um fluido transparente e viscoso que serve para manter a boca úmida e contém várias substâncias.

Ela desempenha um papel muito importante na boca, pois:

- ajuda na digestão, pois nela está a enzima digestiva amilase;
- funciona como um lubrificante utilizado para a deglutição do bolo alimentar;
- possui sais minerais que combatem os ácidos que danificam os dentes e atuam na recuperação dos minerais dos dentes e
- é importante para a defesa contra microorganismos invasores, pois nela existem substâncias antibacterianas e anticorpos.

A saliva é produzida pelas glândulas salivares dia e noite e é constantemente engolida. Entretanto há variações na quantidade produzida, a produção é muito maior durante a mastigação e diminui drasticamente durante o sono. Segundo os autores THYLSTRUP e FEJERSKA (2001), durante a mastigação, a produção de saliva num adulto pode chegar a 10 mL por minuto, ao passo que durante o sono essa produção cai para aproximadamente 0,25 mL por minuto.

Além das partes já mencionadas, ainda há outras estruturas que participam das funções exercidas pela a boca, são elas: músculos, osso mandibular (mandíbula) e osso maxilar (maxila).

A **mandíbula** e a **maxila** sustentam os dentes, os músculos e demais tecidos moles da face. A parte da mandíbula e da maxila na qual se inserem os dentes chama-se **osso alveolar**.

OS DENTES

O que são?

Os dentes são estruturas mineralizadas, duras e resistentes. São muito importantes, pois realizam a mastigação dos alimentos, sustentam os tecidos moles (bochechas e lábios) e participam da fonação. Além disso, possuem grande influência na estética facial e, portanto, na auto-estima do indivíduo.

Os homens nascem sem dentes. Dos 6 meses a 2 anos de vida nasce a primeira geração de dentes que é a dentição decídua. Após os cinco ou seis anos de vida esses dentes serão substituídos pela dentição permanente.

Os dentes decíduos são temporários. Também são chamados de dentes de leite. Ganham esse nome porque eles têm a cor branca parecida com a cor do leite.

Os dentes permanentes como o nome já diz: são permanentes. Não serão substituídos e devem ou deveriam permanecer na boca por toda a vida.

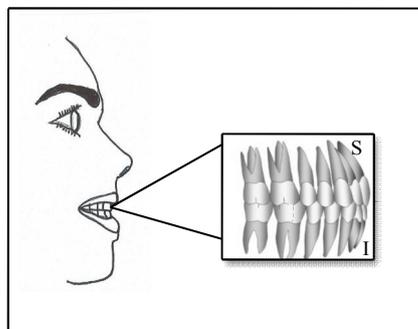


FIGURA 2 – Arcadas dentárias: (S) superior e (I) inferior

O conjunto de dentes é chamado de arcada dentária, na maxila está a arcada superior e na mandíbula a arcada inferior (FIG. 2).

Quais são os tipos de dentes?

Temos 4 tipos de dentes*. Cada tipo é responsável por uma função. Na figura abaixo está cada tipo com sua respectiva função.



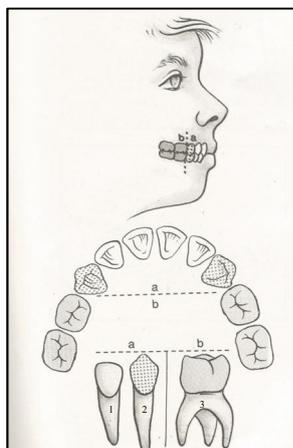
Fonte: <http://efsaucecef10.blogspot.com.br/>

FIGURA 3- Tipos de dentes

* Observação: a dentição decídua não possui dentes pré-molares. Possui apenas: incisivos, caninos e molares

Quantos são?

A dentição decídua é composta por 20 dentes: 8 incisivos, 4 caninos e 8 molares.

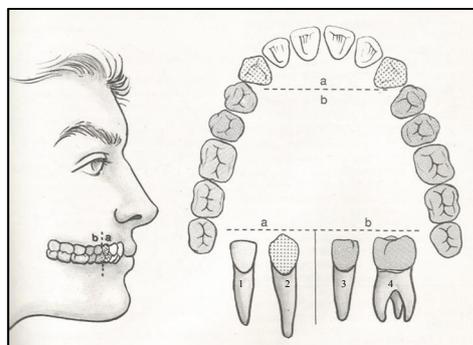


a - dentes anteriores
b - dentes posteriores

1- incisivo
2- canino
3- molar

FIGURA 4 - Dentição decídua *

A dentição permanente é composta por 32 dentes: 8 incisivos, 4 caninos, 8 pré-molares e 12 molares. Os incisivos, caninos e pré-molares nascem no lugar de um dente decíduo que caiu. Já os molares nascem a partir dos 6 anos numa região que não tem dente decíduo, ou seja, não precisa cair dente decíduo para um molar nascer.



a - dentes anteriores
b - dentes posteriores

1- incisivo
2- canino
3- pré- molar
4- molar

FIGURA 5 - Dentição permanente *

* Fonte das figuras 3 e 4 : Kirchner et al., 1992.

Quais são as suas partes?

O dentes possuem coroa, raiz e colo (FIG.6).

A **coroa** é a parte do dente que visualizamos quando abrimos a boca e serve para mastigar os alimentos.

A **raiz** é a parte que não vemos. Ela serve para fixar o dente na boca.

E o **colo** do dente é a região que fica entre a coroa e a raiz.

Quais os seus constituintes?

Os tecidos constituintes dos dentes são: o esmalte, a dentina, o cimento e a polpa (FIG.7).

O **esmalte** é parte mais externa do dente, ele a primeira camada do dente e está presente apenas na coroa. A composição dele é de 95% de sais minerais, 4 % de matéria orgânica e 1% de água.

A **dentina** é a segunda camada do dente e está presente em todo o dente, ou seja, tanto na coroa quanto na raiz. A composição dela é de 70% de sais minerais, 20 % de matéria orgânica e 10% de água.

Já o **cimento** é uma outra camada externa do dente que reveste o colo e a raiz. Em sua composição, os sais minerais correspondem a 50%.

O dente não é maciço, dentro dele há uma cavidade que é a cavidade pulpar. Nela está a **polpa** do dente que é um tecido mole de cor avermelhada no qual estão presentes vasos sanguíneos, células e nervos.

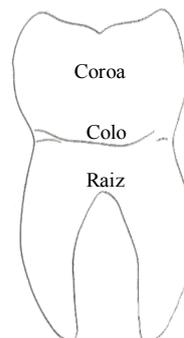
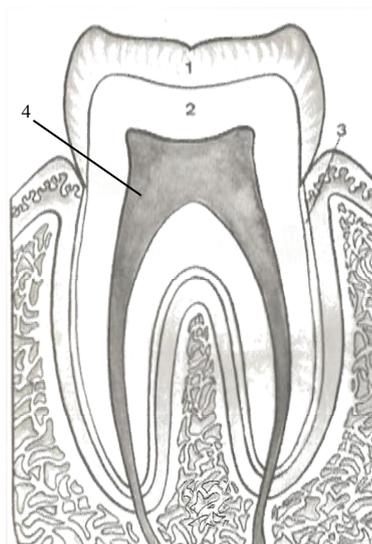


FIGURA 6 - Partes do dente



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 7 - Constituição do dente :
 (1) Esmalte
 (2) Dentina
 (3) Cimento
 (4) Polpa

O PERIODONTO

O conjunto de tecidos que circunda os dentes é chamado de **periodonto**. Esse nome é de origem grega (peri: em torno de / odonto: dente). Na Figura 8 está ilustrada a anatomia do dente e do periodonto.

O periodonto pode ser de proteção ou de sustentação.

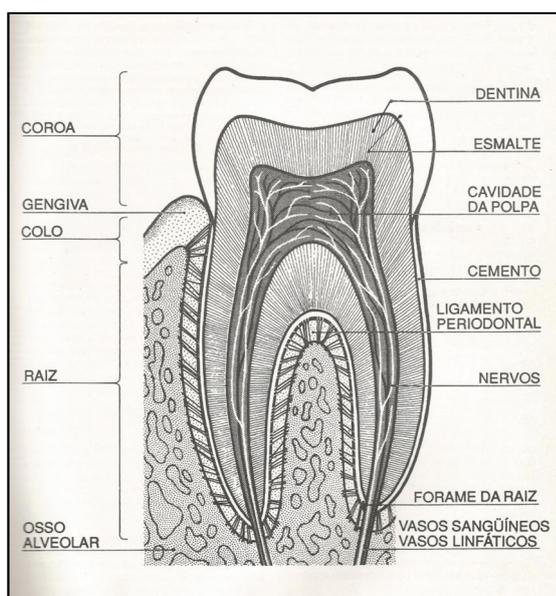
O periodonto de proteção é a **gengiva**. A gengiva recobre e protege o osso alveolar e o colo do dente. Quando ela está saudável tem a cor mais rósea.

Fazem parte do periodonto de sustentação : o **ligamento periodontal**, o

cemento e **osso alveolar** . Juntos sustentam o dente.

O ligamento periodontal é um conjunto de fibras elásticas que ligam os dentes ao osso alveolar . Ele se fixa aos dentes graças ao cemento. Além disso, ele permite um leve grau de movimentação do dente durante a mastigação. Funcionando assim, como um amortecedor da força da mastigação.

Por sua vez, essa força é transmitida para o osso alveolar, onde é dissipada.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 8 - Anatomia dental e periodontal

MÓDULO 2:

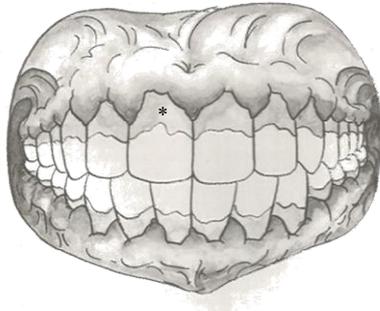
A Placa Bacteriana e seus danos à boca:

Doença Cárie

Doenças Periodontais:

- Gengivite
- Periodontite

PLACA BACTERIANA



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 9 – A placa bacteriana (*)

Quando nos alimentamos, os dentes ficam sujos. Por isso devemos realizar a higiene bucal. Se ela não for feita, cerca de 1 a 2 horas milhões de bactérias irão se fixar numa película constituída por células descamadas da boca, proteínas salivares e restos de alimentos formando assim a **placa bacteriana** (FIG. 9).

A placa bacteriana no início não é vista a olho nu. Mas ao passar a língua nos dentes sente-se uma aspereza.

Essa aspereza é mau sinal, que os dentes não estão limpos. A placa bacteriana também pode ser observada ao passar, de forma suave, um palito de dente na região do dente próxima a gengiva. Outra forma de visualizá-la é com o uso de corantes. Esse método é mais utilizado pelos dentistas.

A placa bacteriana traz muito danos para os dentes e tecidos periodontais. A quantidade de placa bacteriana que se forma nos dentes depende do tipo de alimentação, da quantidade e qualidade da saliva e da frequência da higienização bucal. Quanto mais placa bacteriana e maior o tempo de contato dela nos dentes, maior será a presença da doença cárie e da doença periodontal.

ADOENÇA CÁRIE

A cárie dentária é uma das conseqüências da longa permanência da placa bacteriana sobre os dentes.

A cárie dentária é uma doença que atinge os dentes e começa a se desenvolver quando há a soma de três fatores básicos:

Presença do dente + Presença da bactéria *Streptococcus Mutans* + Presença de açúcar

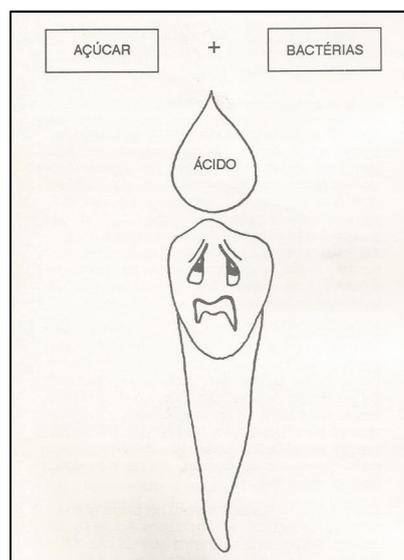
Quando comemos alimentos doces e não escovamos os dentes, ficam resíduos desses alimentos sobre os dentes e entre os dentes. O açúcar contido nesses resíduos serve de alimento para as bactérias *Streptococcus Mutans*.

Elas usam o açúcar como fonte de energia para se multiplicarem e durante esse processo elas produzem um líquido ácido (FIG.10).

Esse líquido ácido começa a tirar os minerais do dente. Essa perda de minerais é chamada de : desmineralização.

Quanto mais açúcar, mais líquido ácido e mais danos aos dentes.

Quanto maior o tempo e frequência que o dente estiver em contato com esse líquido ácido, maior será o dano. Começarão surgir lesões cariosas e cavitações (nome popular: buracos, panelas)



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 10 – Mecanismo da doença cárie

Essas cavitações vão progredindo e quando atingem a polpa do dente causam muita dor .

A primeira fase da cárie é a desmineralização do dente, essa fase é chamada de **mancha branca** e apresenta-se como uma mancha opaca e esbranquiçada no dente. Nesse estágio é possível conter a cárie.

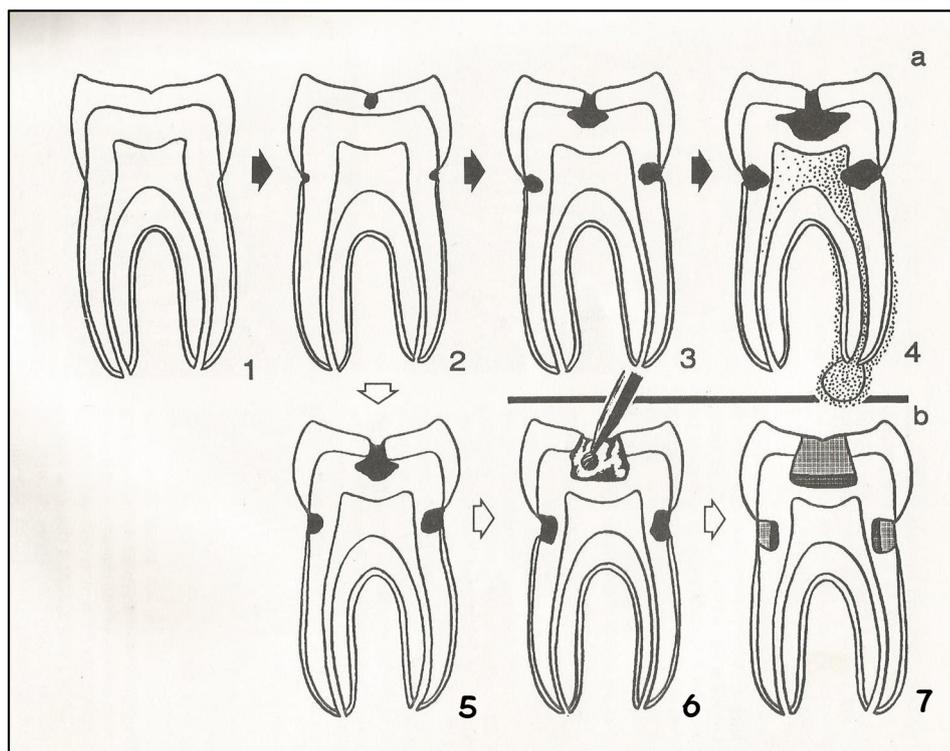
Se a desmineralização do dente continuar, a lesão cariosa evoluirá para o estágio de **cavitação**. A cavitação é conhecida popularmente como buraco. Ela começa na primeira camada do dente que é o esmalte e vai progredindo para a dentina e para a polpa. Quando a lesão cariosa atinge a dentina há a necessidade de fazer a restauração do dente (nome popular: massinha, obturação). E quando ela atinge a polpa há a necessidade de fazer o tratamento endodôntico do dente (nome popular: tratamento de canal).

Se não for feito nenhum tratamento do dente com cárie, poderá surgir o abscesso.

O **abscesso** é a formação de pus na região da gengiva na área da raiz do dente em questão. é caracterizado por inchaço da gengiva e do rosto, e dores fortes. Quando o organismo consegue expulsar o pus a dor diminui. Essa eliminação do pus ocorre quando há a formação de um orifício chamado **fistula**.

Na Figura 11 está um esquema mostrando a progressão da doença cárie.

Na parte de cima estão representados os estágios: (1) dente hígido (sem lesão cariosa), (2) lesão cariosa em esmalte , (3) lesão cariosa em dentina, (4) lesão cariosa com envolvimento da polpa e formação de abscesso. Na parte inferior está demonstrado o tratamento restaurador de uma lesão cariosa em dentina.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 11 – Cárie dental:

(a) estágios da lesão cariosa sem tratamento resultando na formação de abscesso:

- 1 dente hígido (sem lesão cariosa)
- 2 lesão cariosa em esmalte
- 3 lesão cariosa em dentina
- 4 lesão cariosa com envolvimento da polpa e formação de abscesso

(b) com tratamento restaurador:

- 5 lesão cariosa em dentina
- 6 remoção da lesão cariosa
- 7 restauração do dente

Para manter o dente restaurado (FIG.11- b.7) livre de novas lesões cariosas, deve-se manter o dente e a área da restauração limpos, ou seja, livre da placa bacteriana.

Pois a restauração por si só não é capaz de conter uma nova lesão cariosa, ela só preenche a parte do dente que foi perdida .

Prevenção

Para prevenir a cárie, devemos escovar os dentes e usar o fio dental sempre depois de comer e de consumir doces, balas, chocolates, biscoitos... O ideal é não comer muitos doces e balas .

Outra medida a seguir : é sempre dormir com os dentes limpos.

Pois como já foi dito no Módulo 1: durante o sono há uma grande queda na produção de saliva. Essa queda faz com que os restos de comida se fixem no dente de uma forma mais fácil. Além disso , diminui a poder de proteção da saliva.

Por isso sempre escove os dentes e use fio dental antes de dormir. Deve-se usar pasta de dente com flúor e fazer visitas ao dentista.

No Módulo 3, há mais informações sobre a prevenção contra a doença cárie.

Tratamento

O tratamento das lesões de cárie é feito pelo dentista.

O procedimento a ser realizado depende da gravidade, variando de uma simples aplicação de flúor até restaurações extensas, tratamento endodôntico (nome popular: tratamento de canal) e extrações dentárias.

DOENÇAS PERIODONTAIS

Gengivite

A gengivite é a inflamação da gengiva causada pelo contato da gengiva com a placa bacteriana.

Os sintomas são: sangramento, vermelhidão e inchaço da gengiva.

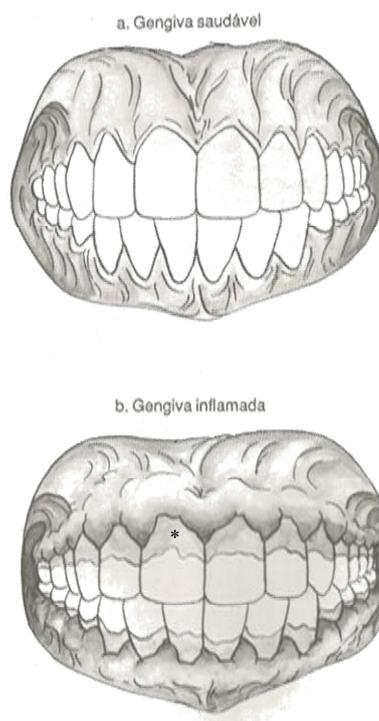
Quanto mais tempo a placa bacteriana permanece, mais ela vai endurecendo.

Quando está muito envelhecida, ela fica tão dura que fica com a forma de uma pedra. Nesse estágio ela recebe o nome de **cálculo dentário** ou **tártaro**.

Os tártaros são tão duros e tão aderidos aos dentes que não conseguimos removê-los apenas com a escovação dos dentes e utilização do fio dental. É necessário procurar o dentista para realizar tal remoção.

Na Figura 12 é possível notar as características da gengiva quando está saudável e quando está inflamada. É possível perceber que inflamação causa a alteração na forma, volume e textura da gengiva deixando-a inchada e com a superfície irregular.

A prevenção da gengivite consiste na remoção da placa bacteriana através da higiene bucal com escova de dente, pasta e fio dental



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 12- Características da gengiva :
(a) Saudável e (b) inflamada.
* Placa bacteriana

O tratamento da gengivite é realizado pelo dentista e consiste na remoção da placa bacteriana e dos tártaros com instrumentos e equipamentos próprios.

Periodontite

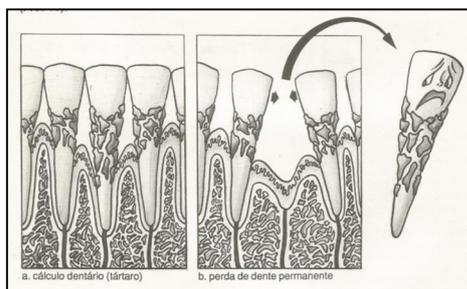
A periodontite é uma doença periodontal. Ela é caracterizada pela presença de inflamação nos outros tecidos periodontais além da gengiva. Os sintomas são: inchaço e sangramento na gengiva e presença de pus.

Na periodontite há a destruição do periodonto de sustentação (ligamento periodontal, cemento e osso alveolar), levando a formação de bolsas periodontais e produção de pus.

As bolsas periodontais são espaços que surgem entre a gengiva e o dente. Esses espaços são parecidos com bolsos das roupas e quanto mais profundos, mais difícil se torna a higienização.

À medida que a periodontite evolui aumenta-se a destruição das estruturas que sustentam o dente, desse modo, o dente começa a ficar com mobilidade. Em casos graves, o dente fica com tanta mobilidade, ou seja, tão mole que ele solta sozinho da gengiva (FIG.13).

Um outro problema decorrente da periodontite é a retração da gengiva caracterizada pelo deslocamento da gengiva em direção a região da raiz do dente. Em outras palavras: nos dentes de cima a gengiva “sobe” e nos dentes de baixo a gengiva “desce”.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 13- A doença periodontal:
(a) o cálculo dentário e
(b) a perda de um dente permanente

Desse modo o colo e a raiz ficam expostos e dá a impressão de dente comprido. A exposição do colo e da raiz podem trazer dor quando se ingere algo frio, quente, doce ou ácido. Esse quadro é conhecido como sensibilidade.

A prevenção da periodontite é a higiene bucal.

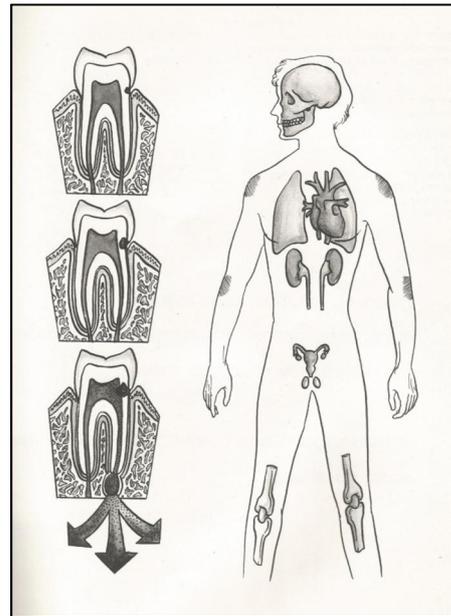
O tratamento é realizado pelo dentista e consiste na limpeza e remoção dos tártaros, em casos mais graves pode ser indicada a extração do dente.

A BOCA E O CORPO

A boca faz parte do corpo. Logo, ter uma boa saúde bucal é muito importante para a saúde do corpo. Hoje em dia já se sabe problemas bucais podem afetar outras partes do corpo (FIG.14).

Problemas bucais sem tratamento podem:

- atingir outros órgãos da cabeça e pescoço;
- atingir o coração e causar um problema chamado de endocardite bacteriana;
- causar parto prematuro nas grávidas; e baixo peso ao nascer nos bebês;
- aumentar o nível de açúcar no sangue, prejudicando o tratamento da diabetes;
- prejudicar a auto-estima pois dentes “estragados” ou “podres” podem trazer um quadro de baixa auto-estima levando até a depressão e isolamento social.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 14- Relação dente-corpo

MÓDULO 3:

Medidas preventivas:

- Higiene Bucal
- Flúor
- Alimentação Saudável
- Hábitos Saudáveis

MEDIDAS PREVENTIVAS

Problemas na boca podem causar: dor, mal estar, mau hálito e até baixa auto-estima. Além disso, podem causar danos a outras partes do corpo.

Sendo assim, é muito importante ter uma boca saudável. Para isso, deve-se fazer a prevenção. As medidas preventivas podem ser individuais ou coletivas.

As individuais são : higiene bucal, visitas ao dentista e estilo de vida saudável.

E as coletivas são: fluoretação da água, escovação dental e aplicação de flúor nas escolas.

Higiene Bucal

A higiene bucal é o ato de limpar os dentes, a gengiva e a língua. É uma medida muito importante para cuidar da boca. E assim, evitar: cárie, gengivite, doença periodontal e halitose (mau hálito).

Ela deve ser feita sempre após comer e antes de dormir. Para fazer a higiene bucal são utilizados alguns produtos (FIG.15).

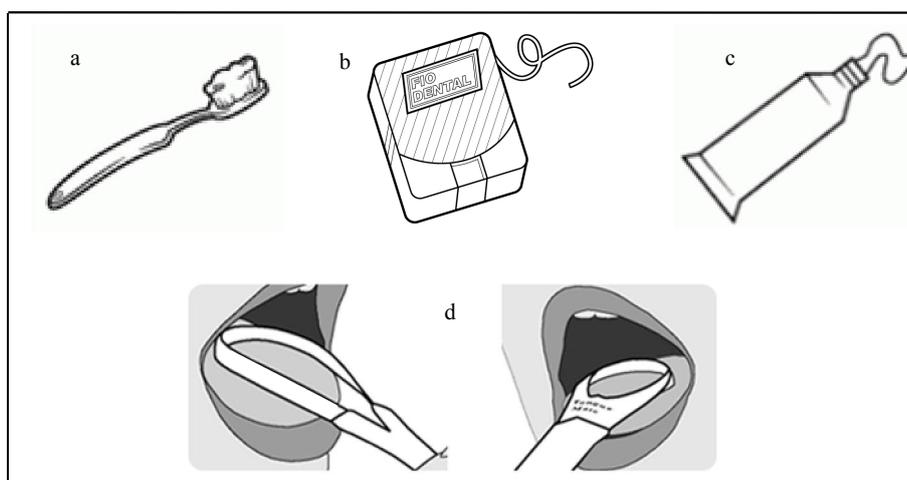


FIGURA 15- Produtos de higiene bucal : (a) escova de dente, (b) fio-dental, (c) pasta de dente e (d) limpador de língua.

A escova de dente

A escova de dente é utilizada para a limpeza dos dentes e também pode ser empregada na limpeza da língua.

Existem diferentes tamanhos de escova. O tamanho a ser escolhido deve ser proporcional ao tamanho da boca. Assim, para crianças são recomendadas escovas pequenas e para as demais faixas etárias escovas médias.

Quanto ao tipo de cerdas, elas podem ser macias ou duras. As macias são utilizadas para a escovação de dentes naturais, já as de cerdas duras são utilizadas para a limpeza dos dentes de próteses removíveis como, por exemplo: dentaduras.

O fio dental

O fio dental é um fio sintético utilizado para limpar a gengiva e os espaços entre os dentes. Ele é muito importante porque é responsável por limpar as áreas que a escova de dente não consegue alcançar. Sem o uso dele, a higiene bucal não está completa.

O fio dental deve ser utilizado com delicadeza para não machucar a gengiva, logo é necessário ter uma boa coordenação motora. Por isso, crianças de até 9 anos precisam da supervisão e ajuda de um adulto no uso do fio dental.

A pasta de dente

A pasta de dente também é chamada de creme dental ou dentifício. Ela é empregada na escova para a limpeza dos dentes. Ela torna a escovação mais fácil e agradável. Existem diferentes sabores, alguns são mais refrescantes, outros mais neutros e outros tem sabores voltados para as crianças.

Podem ser encontradas com ou sem flúor. A recomendação atual é usar pastas com flúor em todas as idades. Mas em crianças que ainda não sabem bochechar e cuspir, deve-se passar pouca pasta na escova, pois ingestão de grande quantidade de flúor no período de formação dos dentes permanentes, leva a um quadro de fluorose dentária, que é o excesso de flúor nos dentes e se manifesta através de manchas nos dentes. Dentes com fluorose já nascem com as manchas.

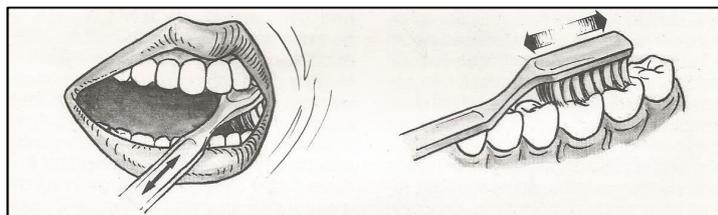
A pasta dental deve ser utilizada em pequena quantidade e não deve ser engolida. Uma dica para usar a dose certa é colocá-la no sentido da largura da escova de dente.

Como escovar os dentes

Como já foi dito, o ideal é utilizar uma escova de dente com cerda macia e tamanho proporcional ao tamanho da boca com uma quantidade pequena de pasta de dente.

Deve-se realizar movimentos suaves, ou seja, sem fazer força para não machucar a gengiva

A parte do dentes que mastiga os alimentos deve ser limpa com **movimento de vai e vem** similar ao movimento que uma criança faz quando brinca com um carrinho (FIG.16).

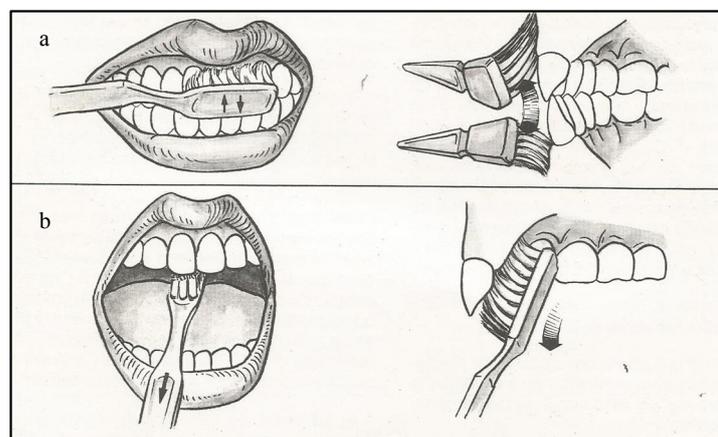


Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 16- Movimento de vai e vem

A parte da frente e atrás do dente deve ser limpa com movimento vertical similar ao **movimento de varredura** (FIG.17-a). Deve-se “varrer” os resíduos no sentido da gengiva para a língua.

Para limpar o lado de dentro dos dentes da frente (dentes incisivos) é recomendado colocar a escova de dente “em pé” para ficar mais fácil (FIG.17-b).

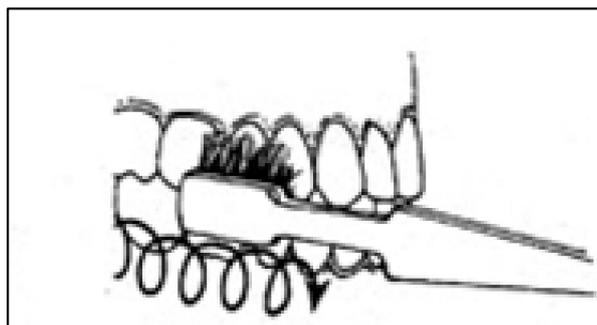


Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 17- Movimento de varredura

O movimento de varredura pode ser muito difícil para as crianças pequenas, pois não possuem ainda a coordenação motora necessária para tal tarefa. Por isso, para essas crianças recomendam-se **movimentos circulares**,

para ficar lúdico podem ser chamados de : rodinhas ou bolinhas (FIG.18) . As crianças com até 9 anos precisam que um adulto confira a escovação e reforce onde estiver precisando.

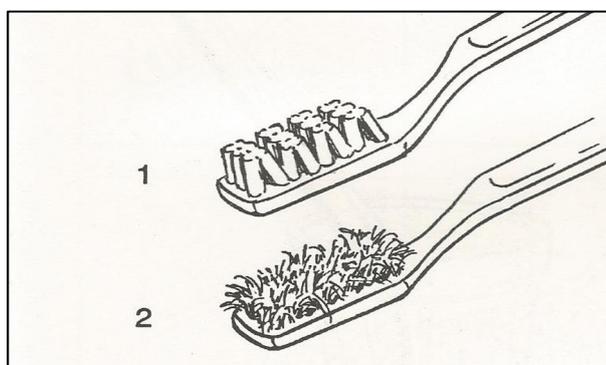


Fonte: <http://www.cenocom.es/tecnicas-de-cepillado/>

FIGURA 18- Movimentos circulares

Para escovar os dentes deve-se utilizar uma escova de dente com as cerdas em bom estado (FIG.19-1),

quando as cerdas estiverem abertas e danificadas (FIG.19-2) deve-se trocar a escova.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 19- Estado da cerda: (1) bom estado e (2) ruim estado

Como utilizar o fio dental ?

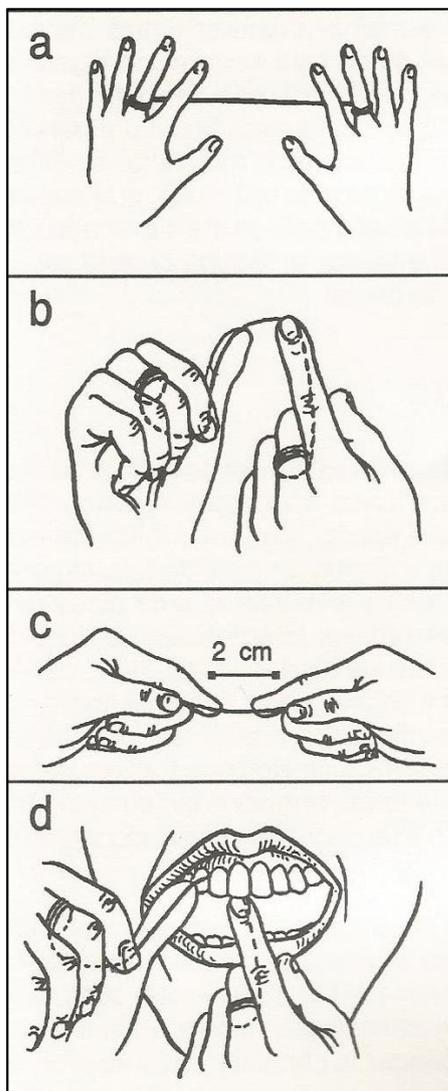
Pegue um pedaço de fio dental de 25 a 45 centímetros. Enrole em torno do dedos médios das mãos (FIG.20-a).

Depois, segure com os dedos indicadores (FIG.20-b) a uma distância de mais ou menos 2 centímetros (FIG.20-c).

Em seguida, introduza o fio dental entre os dentes até uma parte dele ficar dentro da gengiva (FIG. 20-d). Passe o fio dental como se estivesse “engraxando” o dente. Faça isso sempre puxando a sujeira da gengiva para a parte do meio do dente.

Ao tirar o fio dental, ele estará sujo. Então para limpar outro dente : use uma outra parte limpa do fio dental.

O fio dental deve ser passado em todos os dentes. Passe também atrás dos últimos dentes.



Fonte: Kirchner et al., 1992.

FIGURA 20- Técnica de uso do fio dental

A higienização da língua

A língua deve ser higienizada, pois restos alimentares vão se depositando nela e formando uma massa branco-amarelada chamada saburra.

A saburra cheira muito mal e é uma das principais causas da halitose (mau hálito). A limpeza constante da língua evita a formação da saburra.

O limpador de língua

Já existem dispositivos próprios para a higienização da língua chamados de limpadores de língua.

Caso a pessoa não tenha um limpador de língua, ela pode utilizar a escova de dentes ou uma gaze.

A limpeza da língua deve ser realizada com cuidado e delicadeza para não provocar ânsia de vômito. Deve-se deslizar o limpador ou a escova de dente do meio da língua até a ponta (FIG. 21).



Fonte: pt.wikihow.com/Limpar-a-sua-Lingua-Corretamente



Fonte: www.vozestudentilteotoniovilela.wordpress.com

FIGURA 21 Limpeza da língua com (a) limpador de língua ou (b) com escova de dente.

O FLÚOR

O flúor é um mineral encontrado na natureza. Ele ajuda a evitar a Doença Cárie.

Para compreender como é a atuação do flúor, primeiro é necessário conhecer o processo de desmineralização e remineralização do dente (**processo des-re**).

Processo Des-Re

A superfície do dente é rica em fosfato de cálcio (que é um mineral).

Quando as bactérias da doença cárie encontram açúcar disponível nos dentes, elas utilizam esse açúcar e produzem um líquido ácido. Esse ácido deve ser combatido, pois ele pode atacar o fosfato de cálcio do dente e causar a perda de minerais., esse é o: **processo de desmineralização** (Fig. 22-a).

A primeira tentativa de combater o ácido vem dos sais minerais existentes na saliva. A saliva neutraliza o ácido e devolve os sais minerais para o dente, esse é o **processo de remineralização** (Fig. 22-b).

O fenômeno de saída e entrada de minerais na superfície do dente é chamado de **processo des-re** e ocorre sempre após a ingestão de açúcares.

Quando a produção de ácido é grande e freqüente, apenas os sais minerais da saliva não são suficiente para conter o ácido. E aí começam a sair muitos sais minerais do dente na forma de íons de cálcio e íons de fosfato (íons provenientes do fosfato de cálcio).

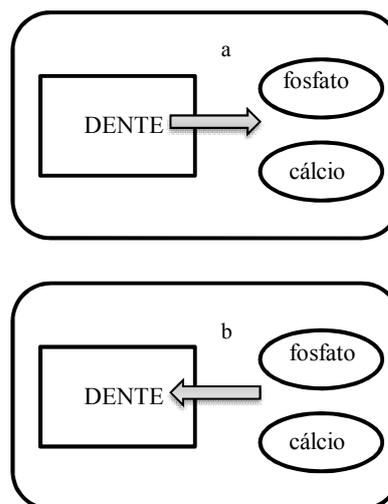


FIGURA 22- Processo des-re :

(a) processo de desmineralização

(b) processo de remineralização

Quando a quantidade de mineral que sai do dente é maior do que a quantidade que a saliva repõe começam a surgir as lesões cariosas (manchas brancas e/ou cavidades).

Qual o papel do flúor?

Quando há flúor disponível na boca, ele favorece o processo de remineralização da seguinte forma: quando o dente perde o íon cálcio, esse íon se encontra com flúor e juntos formam o fluoreto de cálcio que se deposita na superfície do dente (Fig.23).

O fluoreto de cálcio forma uma barreira mecânica que protege o dente contra o ácido, pois ele é mais resistente que o próprio fosfato de cálcio existente no dente.

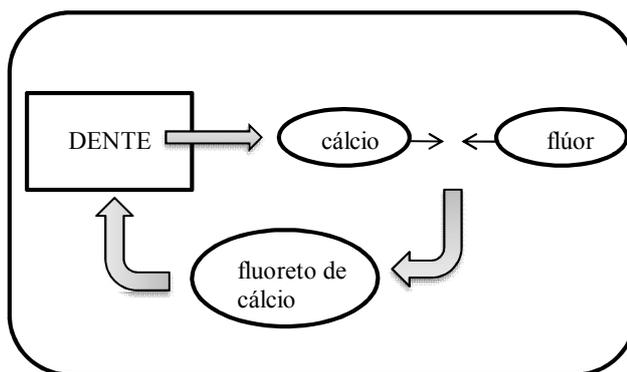


FIGURA 23 – Mecanismo de ação do flúor

Como o flúor chega à nossa boca?

O flúor chega à nossa boca por meio do uso da pasta de dente com flúor e da água de abastecimento. Quando apenas essas fontes não são suficientes para combater a

doença cárie, o flúor é aplicado pelo dentista no consultório e nas escolas através da escovação dental coletiva.

Com que frequência devemos usar o flúor?

O efeito do flúor não dura para sempre. Assim como o filtro solar, o flúor precisa ser renovado. É por isso que deve-se escovar os dentes no mínimo três vezes ao dia. Por isso, não adianta escovar os dentes apenas antes de sair de casa, pois essa quantidade de flúor não será suficiente para

combater os ácidos que serão produzidos ao longo do dia.

Mas deve-se lembrar que o flúor não deve ser ingeridos em doses excessivas, pois o excesso de flúor causa **fluorose dentária** que aparece como manchas nos dentes.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação saudável é muito importante para a manutenção da nossa saúde geral e bucal. Devemos consumir frutas e verduras pois ajudam na nossa proteção contra as doenças.

Devemos evitar o consumo excessivo de açúcar para evitar obesidade, diabetes e cárie dentária. Com relação aos dentes, há alimentos que favorecem o aparecimento da cárie e outros que nos protegem. Recebem a classificação de alimentos cariogênicos e não cariogênicos.

Exemplos de alimentos cariogênicos: balas, doces, biscoitos, chocolate, brigadeiro...

Exemplos de alimentos não cariogênicos: frutas e verduras, arroz, feijão.....

Devemos evitar o alto consumo de refrigerantes pois são muito ácidos e os que não são diet possuem grande quantidade de açúcar. Tanto a acidez, quanto o açúcar levam a perda de minerais do esmalte do dente e quando estão juntos o prejuízo é ainda maior. Por isso não se deve beber refrigerante com muita frequência.

HÁBITOS SAUDÁVEIS

Os hábitos exercem grande influência na saúde e na qualidade de vida. Por isso deve-se ter hábitos saudáveis, tais como: ter uma alimentação saudável, beber água e fazer exercícios.

Quanto à saúde bucal, os hábitos saudáveis são: usar fio dental e escovar os dentes após comer e antes de dormir; consumir alimentos não cariogênicos; não fumar cigarro. Por outro lado, alguns hábitos podem ser prejudiciais .

Como exemplos de hábitos que são prejudiciais, tem-se: chupar dedo ou bico pois mudam a posição dos dentes. Fumar cigarro, pois causa manchas nos dentes e doenças periodontais. Usar os dentes para abrir garrafa, pois pode-se quebrar os dentes. Dormir com os dentes sujos, pois facilita o aparecimento de tártaros, da doença cárie, gingivite e periodontite.

MÓDULO 4:

Sugestões de atividades

SUGESTÕES DE ATIVIDADES

Esse módulo contém algumas sugestões de como o tema saúde bucal pode ser introduzido de forma interdisciplinar dentro dos conteúdos que os alunos já aprendem.

Durante a execução do projeto, percebeu-se que é possível existir diferentes graus de desenvolvimento entre os alunos de uma mesma turma e entre turmas da mesma série. Desse modo, optou-se por não estipular as séries indicadas para as atividades.

Portanto, o Educador poderá alterar as atividades desse guia caso queira aumentar ou diminuir o grau de dificuldade a fim de adequá-las ao estágio de desenvolvimento de seus alunos.

As atividades sugeridas podem ser reproduzidas de forma integral ou com modificações e são um pontapé inicial. Deseja-se que o usuário desse guia consiga propor outras atividades.

Os textos dos módulos anteriores também podem ser reproduzidos.

CAÇA-PALAVRAS

ME AJUDE A ENCONTRAR OS OBJETOS QUE ME DEIXAM MAIS SAUDÁVEL.



S	C	J	H	M	J	L	O	P	T
X	A	F	L	U	O	R	J	H	M
P	F	I	O	D	E	N	T	A	L
T	J	X	P	A	S	T	A	R	E
Z	E	S	C	O	V	A	Z	B	D
H	C	V	L	N	V	S	U	A	U

ESCREVA AS PALAVRAS QUE VOCÊ ENCONTROU NOS ESPAÇOS ABAIXO:

1 _____

3 _____

2 _____

4 _____

COMPLETE AS FRASES COM AS PALAVRAS QUE SE ENCAIXAM:

EU DEVO _____ OS DENTES APÓS AS REFEIÇÕES.
(ESCOVAR - LAVAR)

A _____ É UM BICHINHO QUE ESTRAGA OS DENTES.
(CARINHO - CÁRIE)

PARA O MEU DENTE FICAR BONITO TENHO QUE VISITAR O
_____ REGULARMENTE.
(MÉDICO – DENTISTA)

CAÇA-PALAVRAS

Encontre no caça-palavras abaixo 4 palavras que fazem parte da saúde bucal.



C	R	E	M	E	D	E	N	T	A	L
S	C	S	E	D	O	M	A	H	Y	R
A	R	C	J	I	V	E	R	D	E	F
F	I	O	D	E	N	T	A	L	U	E
U	N	V	R	A	H	F	N	E	O	R
L	M	A	K	C	F	N	J	A	N	Q
H	S	T	I	R	E	B	A	U	S	F
O	D	E	N	T	I	S	T	A	H	O

Fonte:

<http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.html>



Na boca há várias partes. Encontre no diagrama abaixo algumas partes dela :

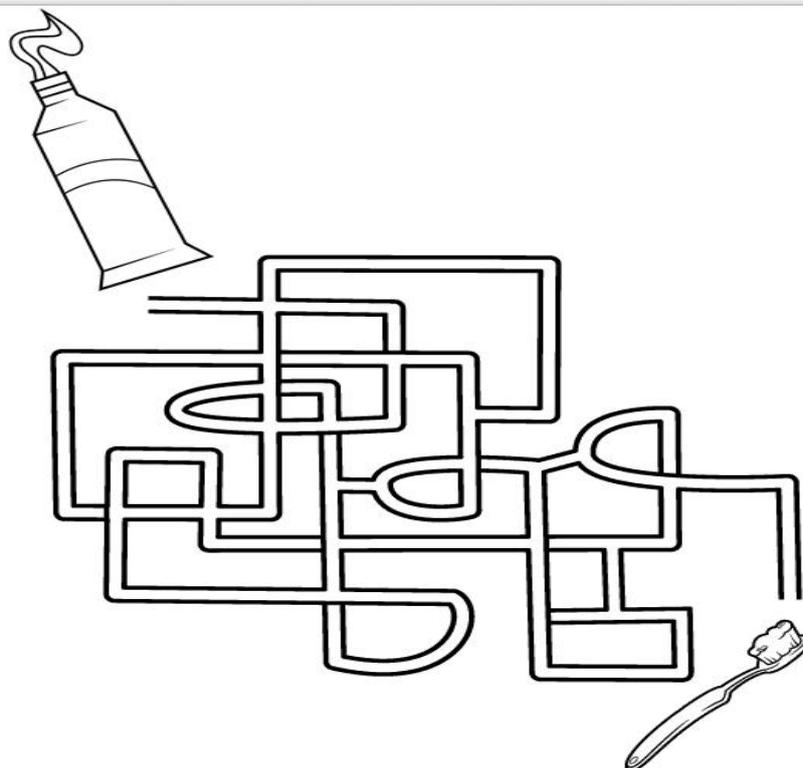
dente – gengiva - saliva- palato - lábio - língua



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

DESAFIOS

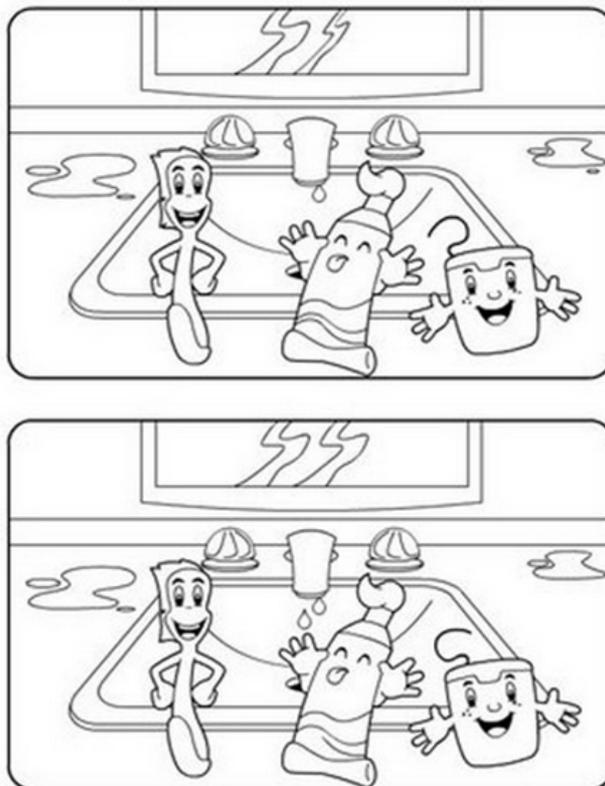
ENCONTRE O CAMINHO QUE A PASTA DEVE SEGUIR PARA CHEGAR ATÉ A ESCOVA DE DENTE.



Fonte da figura:
http://1papacaoio.com.br/modules.php?op=modload&name=Sala_aula&file=index&do=showpic&pid=8242&orderby=titleA

DESAFIO

VAMOS VER QUEM CONSEGUE ENCONTRAR MAIS DIFERENÇAS ENTRE AS IMAGENS!



Fonte: <http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.htm>

DESAFIO

1) FAÇA AS COMBINAÇÕES E ESCREVA NO CADERNO AS PALAVRAS QUE SERÃO FORMADAS:

1 ES	2 PAS	3 DEN	4 BO	$1 + 8 + 7 =$	$4 + 8 =$
5 TIS	6 CO	7 DA	8 CA	$1 + 6 + 9 =$	$3 + 11 =$
9 LA	10 TA	11 TE	12 VA	$1 + 6 + 12 =$	$3 + 5 + 10 =$
				$2 + 10 =$	

2) DEVEMOS ESCOVAR OS DENTES DEPOIS DE COMER DOCES.

NO QUADRO ACIMA TEM UM EXEMPLO DE DOCE ESCONDIDO.

FAÇA A COMBINAÇÃO PARA DESCOBRIR E ESCREVA NO ESPAÇO:

$$6 + 8 + 7 = \underline{\hspace{2cm}}$$

**DESAFIO**

1) FAÇA AS COMBINAÇÕES E ESCREVA NO CADERNO AS PALAVRAS QUE SERÃO FORMADAS:

1 ES	2 PAS	3 DEN	4 BO	$1 + 8 + 7 =$	$4 + 8 =$
5 TIS	6 CO	7 DA	8 CA	$1 + 6 + 9 =$	$3 + 11 =$
9 LA	10 TA	11 TE	12 VA	$1 + 6 + 12 =$	$3 + 5 + 10 =$
				$2 + 10 =$	

2) DEVEMOS ESCOVAR OS DENTES DEPOIS DE COMER DOCES.

NO QUADRO ACIMA TEM UM EXEMPLO DE DOCE ESCONDIDO.

FAÇA A COMBINAÇÃO PARA DESCOBRIR E ESCREVA NO ESPAÇO:

$$6 + 8 + 7 = \underline{\hspace{2cm}}$$

PORTUGUÊS / INTERPRETAÇÃO



1) OBSERVE A FIGURA E ESCREVA O QUE LAURA ESTÁ FAZENDO.

(NO CADERNO)

2) FORME FRASES BEM BONITAS A PARTIR DA IMAGEM.

(NO CADERNO)

Fonte:

<http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.html>



1) OBSERVE A FIGURA E ESCREVA O QUE LAURA ESTÁ FAZENDO.

(NO CADERNO)

2) FORME FRASES BEM BONITAS A PARTIR DA IMAGEM.

(NO CADERNO)

Fonte:

<http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.html>



1) OBSERVE A FIGURA E ESCREVA O QUE LAURA ESTÁ FAZENDO.

(NO CADERNO)

2) FORME FRASES BEM BONITAS A PARTIR DA IMAGEM.

(NO CADERNO)

Fonte:

<http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.html>

PORTUGUÊS / INTERPRETAÇÃO

Fonte: <http://saudebucalnaeducacao.blogspot.com.br/p/atividades.html>

Observe a imagem e responda.

1) O que a Mônica usou para limpar os dentes?

2) Como a Mônica ficou quando estava escovando os dentes?

Triste

Zangada

Feliz

Chorando

3) Forme duas frases a partir da imagem.

PORTUGUÊS / GRAMÁTICA E ORTOGRAFIA

A BOCA

A boca é uma parte do nosso corpo muito importante. A boca é usada para comer, falar, cantar e sorrir. Fazem parte da boca: lábios, bochechas, língua, dentes, gengiva, palato, glândulas salivares e a saliva. Outras partes do corpo, como os músculos, a mandíbula e a maxila, participam das funções da boca. Os músculos abrem e fecham a boca.



Palato: nome popular é céu da boca

- 1) Sublinhe no texto o substantivo que aparece repetido quatro vezes e copie-o:

- 2) Leia atentamente as frases abaixo, circule os substantivos.

- a) A boca é uma parte do nosso corpo muito importante.
b) A boca é usada para comer, falar, cantar e sorrir.

- 3) Substitua as palavras grifadas por pronomes pessoais.

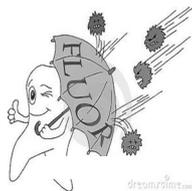
- a) Os lábios fazem parte da boca. c) Os músculos abrem e fecham a boca.
_____ fazem parte da boca. _____ abrem e fecham a boca.
- b) A língua faz parte da boca. d) A boca é usada para comer, falar, cantar e sorrir.
_____ faz parte da boca. _____ é usada para comer, falar, cantar e sorrir.

- 4) Observe a sílaba tônica e descubra a palavra intrusa em cada grupo, circule-a e justifique.

- a) boca – mandíbula – língua – gengiva
- b) glândulas – mandíbula – lábios - comer

PORTUGUÊS / INTERPRETAÇÃO

Leia o texto e responda.

O FLÚOR

O flúor é um elemento químico encontrado na natureza. Ele deixa o dente mais resistente em relação aos ácidos produzidos pelas bactérias da doença cárie .

Devido ao seu papel contra a doença cárie, ele é utilizado pelos dentistas e é adicionado na pasta de dente e na água de abastecimento das cidades.

Os dentistas podem realizar aplicações de flúor após a limpeza dentária e durante a escovação nas escolas.

Fonte da figura: <http://pt.dreamstime.com/imagens-de-stock-proteção-do-dente-image588844>

1) Qual a função do flúor?

2) O flúor ajuda combater qual doença?

3) Aonde o flúor é adicionado?

4) Os dentistas visando o combate da cárie, podem utilizar o flúor em quais momentos?

MATEMÁTICA

Leia o texto antes de responder .

Os dentes



Os dentes são importantes porque fazem a mastigação dos alimentos.

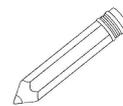
O conjunto de dentes recebe o nome de dentição.

Os seres humanos possuem duas dentições :

- a dentição temporária que é composta por 20 dentes de leite e
- a dentição permanente que é composta por 32 dentes permanentes.

1) Sobre a quantidade de dentes permanentes, responda:

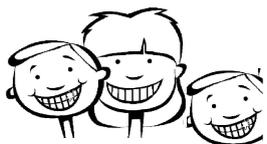
- a) Quantos dentes tem a dentição permanente ?
- b) Como esse número é formado?
- c) Quantas ordens tem esse número?
- d) Qual seu antecessor e sucessor?
- e) Esse número é par ou ímpar?
- f) Em palavras:
- g) Dê o valor absoluto e relativo.

MATEMÁTICA**RESOLVA OS PROBLEMINHAS :**

1) JOÃO TINHA 15 DENTES, NASCERAM MAIS 2. QUANTOS DENTES JOÃO TEM AGORA?

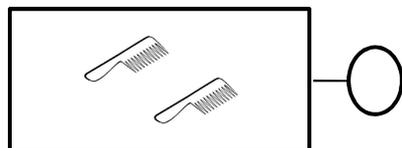
2) LAURA TINHA 10 DENTES DE LEITE, NASCERAM MAIS 4 . QUANTOS DENTES DE LEITE LAURA TEM NA BOCA AGORA?

3) PEDRO TINHA 14 DENTES NA BOCA, NASCERAM MAIS 2. COM QUANTOS DENTES ELE FICOU AGORA?

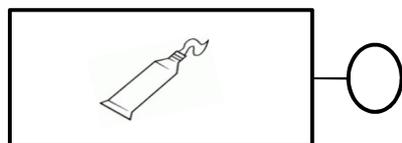
QUEM TEM MAIS DENTES? ESCREVA O NOME DENTRO DO ESPAÇO

MATEMÁTICA

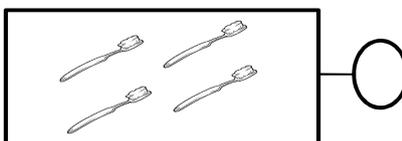
1) OBSERVE OS QUADROS :



A) PINTE DE AZUL O CÍRCULO DO QUADRO COM 4 DESENHOS.



B) PINTE DE AMARELO O CÍRCULO DO QUADRO COM 2 DESENHOS.



C) PINTE DE VERDE O CÍRCULO DO QUADRO COM 1 DESENHO.

2) MARQUE COM UM X AS PALAVRAS QUE TÊM 6 LETRAS :

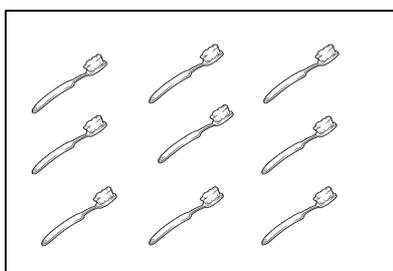
LIVRO

ESCOVA

LÁPIS

ESCOLA

3) CONSIDERANDO O QUADRO ABAIXO

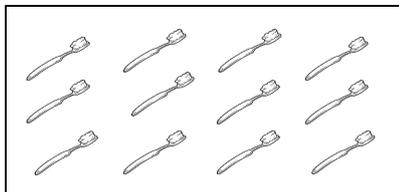


A) CIRCULE MAIS DE 5 ESCOVAS.

B) QUANTAS ESCOVAS DE DENTE TEM NO QUADRO?

MATEMÁTICA

1) OBSERVANDO O QUADRO SEGUINTE, FAÇA UM X NA AFIRMAÇÃO CORRETA.



A) NO QUADRO HÁ MENOS DE UMA DEZENA ()

B) NO QUADRO HÁ MAIS DE UMA DEZENA ()

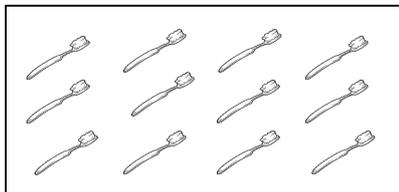
2) A DENTISTA ENTREGOU NA SALA 3 DEZENAS DE ESCOVAS. ISTO SIGNIFICA QUE ELA ENTREGOU QUANTAS ESCOVAS.? _____

3) A DENTISTA LEVOU PARA A ESCOLA 35 ESCOVAS DE DENTE DE DUAS CORES: VERDE E AZUL. 5 ESCOVAS ERAM AZUIS. QUANTAS ESCOVAS ERAM VERDES? _____



MATEMÁTICA

1) OBSERVANDO O QUADRO SEGUINTE, FAÇA UM X NA AFIRMAÇÃO CORRETA.



A) NO QUADRO HÁ MENOS DE UMA DEZENA ()

B) NO QUADRO HÁ MAIS DE UMA DEZENA ()

2) A DENTISTA ENTREGOU NA SALA 3 DEZENAS DE ESCOVAS. ISTO SIGNIFICA QUE ELA ENTREGOU QUANTAS ESCOVAS.? _____

3) A DENTISTA LEVOU PARA A ESCOLA 35 ESCOVAS DE DENTE DE DUAS CORES: VERDE E AZUL. 5 ESCOVAS ERAM AZUIS. QUANTAS ESCOVAS ERAM VERDES? _____

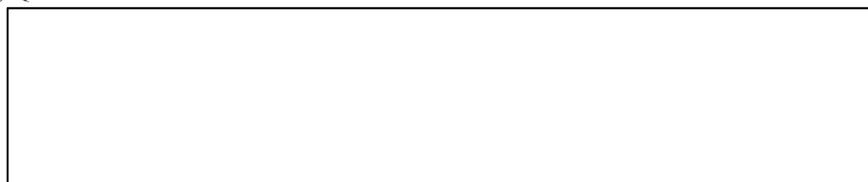
CIÊNCIAS

Observação : essa atividade foi desenvolvida para ser uma atividade de “para casa”. O objetivo é conscientizar o responsável do aluno sobre o estado de saúde bucal do aluno.

PARA CASA

1) PEÇA PARA UM ADULTO OLHAR DENTRO DA SUA BOCA. AGORA RESPONDA COM A AJUDA DO ADULTO:

A) QUAIS PARTES DO CORPO ESTÃO DENTRO DA BOCA?



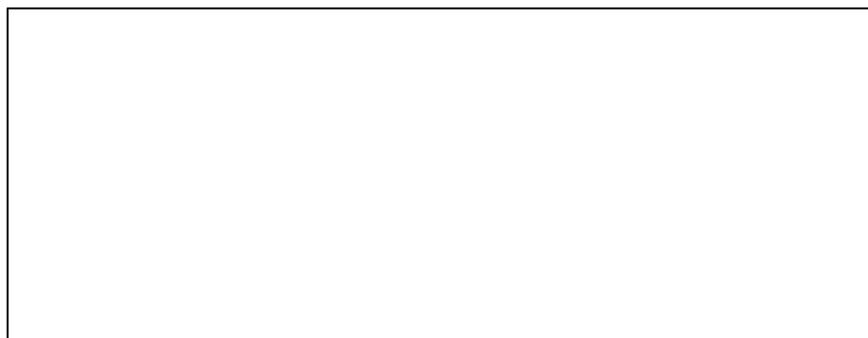
B)QUANTOS DENTES VOCÊ TEM? _____

C)SEUS DENTES SÃO TODOS IGUAIS? _____

D)PARA QUE USAMOS A BOCA?



2) COLE UMA FIGURA QUE MOSTRE ALGUMA AÇÃO QUE FAZEMOS COM A BOCA.



CIÊNCIAS

1) Cite algumas partes que constituem a boca:

2) Cite as funções das partes abaixo:

a) lábios:

b) língua:

c) dentes:

d) Glândulas salivares:

3) Assinale a alternativa correta sobre a saliva:

() A saliva não contém minerais.

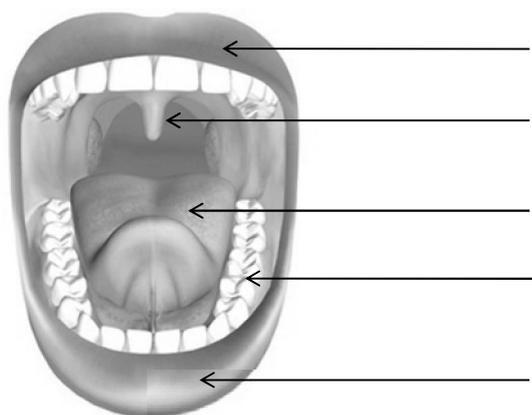
() A produção da saliva aumenta enquanto dormimos.

() A saliva ajuda na digestão pois nela está a enzima amilase salivar.

() A saliva é um líquido de cor amarela

CIÊNCIAS**A BOCA**

1) Escreva os nomes das partes da boca:



2) Cite as funções da boca :

3) O que se deve fazer para ter uma boca saudável?

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.

COHEN, S. Caminhos da Polpa. 10ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 900p.

FLÚOR . Disponível em : <http://www.infoescola.com/elementos-quimicos/fluor/> acesso em 19/10/2015

KIRCHNER, L.U.; MENDONÇA, L.L.; COSTA, R.N. Educação para a Saúde Bucal. Manual para o ensino na escola de primeiro grau (1º a 4ªsérie) .1ed. Belo Horizonte: Editora UFMG/ISHIS,1992, 252p.

LINDHE J., LANG N. P., KARRING T. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, 1304p.

TEIXEIRA, LMS; REHER, P; REHER, VGS. Anatomia Aplicada à Odontologia . 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2001, 372p.

TIPOS DE DENTES.

Disponível em <http://efsaucecef10.blogspot.com.br/2013/03/tipos-de-dentes.html> acesso em 20/08/2015

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. Cariologia clínica.3ed. São Paulo: Santos, 2001, 421p.

Glossário

A

Abscesso: acúmulo localizado de pus num tecido do corpo.

B

Bolsas periodontais: são espaços que surgem entre os dentes e a gengiva. Tais espaços são resultados da perda do osso que fica em torno das raízes dos dentes.

C

Cálculos dentários: também chamados de tártaros, são estruturas duras que ficam aderidas nos dentes, são formados devido a mineralização da placa bacteriana.

Cárie: é uma doença que acomete os dentes . Ela é resultante da interação de bactérias do grupo *Streptococcus Mutans* e açúcares provenientes da alimentação. Em estágios iniciais se manifesta como uma mancha branca e a medida que se agrava surgem cavidades nos dentes que aumentam de tamanho enquanto não houver o tratamento.

Cavidade pulpar: também chamada de câmara pulpar . É uma cavidade que existe dentro do dente na qual estão os nervos, vasos sanguíneos e células .

Cimento: é um tecido mineralizado que recobre a raiz do dente no qual os ligamentos periodontais se aderem .

Colo: é a parte do dente que fica entre a coroa e a raiz.

Coroa: é a parte do dente mais externa, e que aparece num sorriso.

D

Dentadura: nome popular para prótese total removível. Trata-se de dentes postiços que são utilizados quando há a perda de todos os dentes naturais na arcada na qual é colocada a dentadura.

Dentes decíduos: são os dentes temporários, também conhecidos como dentes de leite. Nasceram a partir dos 6 meses até 2 anos.

Dentes permanentes: são dentes que não caem, ou seja não são trocados.

Dentição: é o nome dado ao conjunto de dentes . O ser humano tem duas dentições : a dentição decídua (formada por 20 dentes decíduos) e a dentição permanente (formada por 32 dentes permanentes)

Dentina: substância ou tecido principal dos dentes, que circunda a polpa e é coberta pelo esmalte na parte da coroa e pelo cemento na parte raiz.

Doença periodontal: é uma doença que atinge as estruturas que estão em torno do dente. Essa doença pode levar a : sangramento e inchaço na gengiva, perda óssea , formação de **bolsas** e mobilidade do dente afetado.

E

Endocardite bacteriana: é uma grave doença no coração causada pela invasão de bactérias na parte do coração chamada de endocárdio. Essas bactérias podem ser provenientes de alguma inflamação na boca , exemplos: periodontite ou abscesso.

Esmalte: é o tecido duro que reveste a dentina na parte da coroa.

F

Fístula: é uma conexão que surge entre duas estruturas que normalmente não se comunicam. Na boca, as fístulas surgem devido problemas nos dentes ou no periodonto (ver **periodonto**) e através delas há a saída de pus.

Flúor: é um elemento químico . Ele é o 13º elemento mais abundante no planeta, pode ser encontrado no ar, água, plantas e animais. Em doses ideais é benéfico para o ser humano, como por exemplo na prevenção e controle da doença cárie, mas em quantidades excessivas na época de formação dos dentes pode causar problemas como a **fluorose**.

Fluorose dentária: é uma alteração que ocorre nos dentes resultante da ingestão de flúor por muito tempo e em grande quantidade no período de formação dos dentes. Aparece como manchas na superfície do dente. O dente desenvolve a fluorose enquanto ele está sendo formado e por isso já nasce com a fluorose.

G

Gengivite: tipo de doença periodontal . A gengivite é a inflamação na gengiva.

H

Halitose: mau hálito

Hígido: algo saudável. Exemplo: um dente hígido significa uma dente saudável.

O

Osso alveolar: nome dado ao osso que circunda o dente.

P

Periodonto: a palavra periodonto é de origem grega e significa em torno do dente (peri: em torno de / odonto: dente) . O termo periodonto refere-se ao conjunto de tecidos integrados pela gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e pelo cemento da raiz do dente.

Periodontite: tipo de doença periodontal . A periodontite é a inflamação que atinge outras estruturas periodontais além da gengiva.

Placa Bacteriana: é uma película que se adere ao dente constituída por bactérias, restos de alimentos , proteínas salivares e células descamadas da boca.

Polpa: nome dado ao tecido que está no interior da cavidade pulpar. A polpa é constituída por nervos , vasos sanguíneos e outras células.

R

Raiz: parte do dente responsável pela fixação do dente.

Remineralização: é o processo de reincorporação de minerais no dente.

S

Saburra: é um acúmulo de células descamadas da boca, resto de alimentos e bactérias na língua.

T

Tártaro: sinônimo de cálculo dentário.