



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH VI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO, LINGUAGEM E SOCIEDADE –
PPGELS

EDNA MARIA COSTA PINTO SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DA PESQUISA-AÇÃO A UMA EXPERIÊNCIA
NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO
ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

CAETITÉ- BA

2024

EDNA MARIA COSTA PINTO SILVA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DA PESQUISA-AÇÃO A UMA EXPERIÊNCIA
NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO
ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS), Departamento de Ciências Humanas - Campus VI, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino, Linguagem e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Ensino, Sociedade e Ambiente

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

CAETITÉ- BA

2024

S58e

Silva, Edna Maria Costa Pinto.

Educação em saúde bucal: da pesquisa-ação a uma experiência no cotidiano da Escola Municipal Miguel Mirante, Povoado Arrecife, Brumado, Alto Sertão. / Edna Maria Costa Pinto Silva, 2024.

192f.

Orientador (a): Dr^a. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade – PPGELS, Caetité - Ba, 2024.

Inclui referências. 101 - 103.

1. Educação – Saúde bucal. 2. Higiene Bucal. 3. Pesquisa-ação. 4. Prática exitosa. I. Bastos, Luciete de Cássia Souza Lima. II. Programa de Pós- Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade – PPGELS. III. T.

CDD 370



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
Autorização Decreto nº 9237/86, DOU 18/07/96. Reconhecimento: Portaria 929/95, DOU 01/08-95



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO,
LINGUAGEM E SOCIEDADE

Professora Dra. **Luciete de Cássia Souza Lima Bastos**
Orientadora e Presidente da Banca - UNEB

Documento assinado digitalmente
gov.br MARCELA DE OLIVEIRA PESSOA
Data: 03/06/2024 16:38:53 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profª. Drª. **Marcela Oliveira Pessoa**
Examinadora Externa – UESB

Profª. Drª. **Jaqueline dos Santos Cardoso**
Examinadora Interna – UNEB/Campus VI

EDNA MARIA COSTA PINTO SILVA
Mestranda

AGRADECIMENTOS

Com imensa alegria, quero dedicar esta Dissertação de Defesa do meu Mestrado do PPGELS a todos que me apoiaram. Sem a ajuda e estímulo de cada um de vocês durante todo esse percurso, eu não teria conseguido chegar até aqui, pronta para compartilhar este trabalho.

As orientações, ensino e incentivos foram essenciais para que eu desenvolvesse e aprimorasse minhas habilidades acadêmicas. Cada feedback, cada discussão em aula e cada conselho oferecido influenciaram muito no que se refere ao meu crescimento como estudante e pesquisadora. Neste momento de realização, reconheço e agradeço a Deus as graças alcançadas ao longo desta jornada desafiadora.

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão a minha querida orientadora, a Prof^a. Dr^a. Luciete Bastos, por aceitar assumir a responsabilidade pelo meu trabalho em um momento tão especial. Sua generosidade e disposição em ajudar são verdadeiramente tocantes e significam muito para mim. Os meus sinceros agradecimentos aos professores da escola onde realizei o trabalho de Saúde Bucal, pela disponibilidade em permitir-me realizar esta investigação nas suas salas de aula. A sua boa vontade, conhecimentos e orientação foram valiosos e enriqueceram profundamente o processo de pesquisa. Obrigada por abrir as portas e compartilhar seus conhecimentos e experiências.

Às crianças, que foram os corações pulsantes deste estudo, expresso minha admiração e gratidão. Suas participações ativas e entusiasmo contagiante deram vida às minhas pesquisas, e, por isso, sou imensamente grata. Vocês são verdadeiros protagonistas desta jornada, e é inspirador testemunhar o impacto positivo que vocês têm em nosso mundo.

Na oportunidade, agradeço aos meus dois filhos, André e Rafael, pela paciência, compreensão e apoio que me deram durante este período. Sei que minha jornada de estudo e trabalho muitas vezes exigiu muito de todos nós, e sua paciência inabalável é um verdadeiro tesouro que tem me sustentado.

Ao meu esposo, Adelmo, obrigada por ser meu companheiro de vida, meu melhor amigo e meu porto seguro. Sua paciência e tolerância são verdadeiros presentes que valorizo além das palavras. Estou imensamente grata por tê-lo ao meu lado nesta jornada chamada vida.

Que este trabalho possa refletir não apenas o meu esforço, mas também a influência positiva que tiveram em minha formação. Espero poder honrar o conhecimento que adquiri sob a orientação de cada um de vocês e contribuir para o avanço do campo acadêmico.

*Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar oportunidades para sua própria
produção ou a sua construção.*

Paulo Freire

RESUMO

Esta dissertação descreve a pesquisa realizada na Escola Municipal Miguel Mirante, no Povoado Arrecife, em Brumado, Alto Sertão Baiano, e apresenta o produto educacional resultante do estudo como alternativa para a educação em saúde bucal das crianças das séries iniciais da Educação Básica. Para pensar sobre os problemas, um objetivo geral foi formulado: relatar, criticamente, como se deu a implementação das práticas de atenção à saúde bucal na escola selecionada para a pesquisa, considerando-se sua localização na zona rural e a recepção de crianças pertencentes a famílias de baixa renda. Ao objetivo central ligaram-se outros: averiguar se a secretaria de educação promove políticas de incentivo à saúde oral das crianças na escola escolhida e outras, a fim de prevenir doenças; verificar se as escolas, por iniciativa própria, ensinam e realizam cuidados bucais, como técnica de escovação, uso do fio dental e dieta saudável e se têm, ou não, condições de realizar esse trabalho; promover ações educativas/preventivas com as crianças sobre doenças bucais e incentivar práticas de higiene oral adequada; elaborar um manual de orientação para a implantação das práticas de saúde bucal nas escolas, buscando reduzir as disparidades no acesso aos cuidados odontológicos, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças. Para tanto, optamos pela pesquisa-ação por entender que esta metodologia atende nossas necessidades. Para o diagnóstico, utilizou-se como ferramenta a roda de conversa, através da qual se verificou a falta de escovação ou sua prática inadequada. Nesse sentido, trata-se de uma pesquisa que pode contribuir para transformar práticas de higiene oral não recomendadas com vistas a prevenir doenças bucais, melhorando a qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: Educação. Higiene Bucal. Pesquisa-ação. Prática exitosa.

ABSTRACT

This dissertation describes the research dental cavity out at Escola Municipal Miguel Mirante, Povoado Arrecife, Brumado, Alto Sertão Baiano and presents the educational product resulting from the study as an alternative for oral health education for children in the initial grades of Basic Education. To think about the problems, a general objective was formulated: to report, critically, há the implementation of oral health care practices in the school selected for the research, considering its location in the rural area and the reception of children belonging to low-income families. Others have linked themselves to the central objective: to find out whether the education secretariat promotes policies to encourage oral health of children in the chosen other schools in order to prevent diseases; to check whether schools, on their own initiative, teach and carry out oral care, such as brushing technique, use of dental thread and healthy diet, and whether or not there are conditions to carry out this work; to promote educational/preventive actions with children on oral diseases and encourage proper oral hygiene practices; to develop a guidance manual for the deployment of oral health practices in schools, seeking to reduce disparities in access to dental care, so as to improve the quality of life of children. To this end, we opted for research-action by understanding that this methodology meets our needs. For the diagnosis, the conversation wheel was used as a tool through which the lack of brushing or its inappropriate practice was verified. In this sense, it is a research that can contribute to transforming unrecommended oral hygiene practices with a view to preventing oral diseases, improving the quality of life of children.

Keywords: Education. Mouth hygiene. Action research. Successful practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CGSB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CPI	Cárie na Primeira Infância
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos Obturados
DIRE	Diretoria Regional de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Placa Bacteriana
PBF	Programa Bolsa Família
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPGELS	Programa de Pós-Graduação Ensino, Linguagem e Sociedade
PSE	Programa Saúde Escolar
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso

UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade Estadual da Bahia
UNINTER	Centro Universitário Internacional
UOM	Unidade Odontológica Móvel
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cronologia de contatos para realização da pesquisa.....	38
Figura 2 - Plano da Pesquisa	43
Figura 3 - Anatomia da boca	56
Figura 4 - Funções da boca.....	57
Figura 5 - Função da língua.....	57
Figura 6 - Teatro infantil “A saúde começa pela boca”	58
Figura 7 - Macromodelo da boca.....	58
Figura 8 - Anatomia dos dentes.....	59
Figura 9 - As diferentes formas e funções dos dentes	59
Figura 10 - Estrutura dos dentes	60
Figura 11 - Dentição Decídua.....	61
Figura 12 - Dentição Permanente	62
Figura 13 - Atividade em sala de aula (desenho)	62
Figura 14 - Fantasias em espuma	63
Figura 15 - Macromodelo bocão	63
Figura 16 - Macromodelo bocão dentes coloridos	63
Figura 17 - As diferentes formas e funções dos dentes	64
Figura 18 - As diferentes formas e funções dos dentes	64
Figura 19 - As diferentes formas e funções dos dentes	64
Figura 20 - Banner "Os amigos do dente"	65
Figura 21 - Macromodelo Evolução da cárie	66
Figura 22 - Macromodelo bocão com dentes sadios (à esquerda) e macromodelo bocão com dentes cariados (à direita).....	66
Figura 23 - Banner.....	67
Figura 24 - Cartaz.....	67
Figura 25 - Teatro de Fantoche	67
Figura 26 - Teatro infantil com o tema A saúde começa pela boca	68
Figura 27 - Avental Pedagógico	68
Figura 28 - Amigos e inimigos dos dentes	68
Figura 29 - Jogo de Amarelinha	69
Figura 30 - Jogo da Velha.....	69
Figura 31 - Jogo da Memória	69

Figura 32 - Quebra-cabeça	70
Figura 33 - Técnica de escovação dentária.....	70
Figura 34 - Técnica de escovação de Fones	71
Figura 35 - Técnica de escovação de Bass	72
Figura 36 - Técnica de escovação	72
Figura 37 - Técnica de escovação em sala de aula com macromodelo (boca aberta)	73
Figura 38 - Técnica de escovação em sala de aula com macromodelo (boca fechada)	73
Figura 39 - Guia de escovação	74
Figura 40 - Escovódromo com espelho com regulagem de altura	75
Figura 41 - Escovação supervisionada	76
Figura 42 - Quantidade de creme dental.....	77
Figura 43 - Técnica transversal	77
Figura 44 - Uso do fio dental.....	78
Figura 45 - Experiência do ovo	79
Figura 46 - Teatro infantil "Os amigos dos dentes"	80
Figura 47 - Cenário para contação de histórias	80
Figura 48 - Avental pedagógico	80
Figura 49 - Jogo quebra-cabeça.....	81
Figura 50 - Formação da placa bacteriana.....	81
Figura 51 - Dentes evidenciados	82
Figura 52 - Dentes evidenciados (antes e depois)	82
Figura 53 - Escovação supervisionada direta	83
Figura 54 - Quadro de Escovação: percurso da frequência no escovódromo	84
Figura 55 - Produção de histórias	85
Figura 56 - Luvoches (alimentação saudável).....	86
Figura 57 - Dedoches (alimentação saudável).....	86
Figura 58 - Luvoches	86
Figura 59 - Técnica de escovação de Fones	87
Figura 60 - Teatro infantil	87
Figura 61 - Macromodelo dentes sadios e dentes cariados	88
Figura 62 - Experiência: evolução da cárie	88
Figura 63 - Evolução da cárie (história)	89
Figura 64 - Luvoches alimentação saudável.....	89
Figura 65 - Luvoches (alimentação criogênica)	89

Figura 66 - Musical	90
Figura 67 - Dinâmica (amigos e inimigos do dente)	91
Figura 68 - Vídeo + Álbum seriado Dr. Dentuço	91
Figura 69 - Vídeo + Álbum seriado Dr. Dentuço - Reino dos Dentes	92
Figura 70 - Banner escovação supervisionada	92
Figura 71 - Banner motivação em saúde bucal	92
Figura 72 - Teatro de fantoches	93
Figura 73 - Teatro de fantoche A saúde começa pela boca	93
Figura 74 - Teatro de fantoches	93
Figura 75 - Cartazes.....	94
Figura 76 - Macromodelo de dentes	94
Figura 77 - Cenários	94
Figura 78 - Kit de prevenção	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - IDH em Brumado, na Bahia e no Brasil (2010).....	39
Quadro 2 - IDEB em Brumado, na Bahia e no Brasil (2010).....	39
Quadro 3 - Proposição para o acompanhamento da proposta	49
Quadro 4 - Fases e Técnicas da Pesquisa	51
Quadro 5 - Aperfeiçoamento do cronograma	53

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 QUANDO NÃO HÁ PREVENÇÃO A BOCA PADECE: A PROFISSIONAL E AS PATOLOGIAS	20
1.1 Do ponto de vista pessoal/profissional	20
1.2 Patologias: doenças bucais, causas e prevenções	22
1.2.1 Placa Bacteriana.....	23
1.2.2 Cálculo Dentário (Tártaro)	23
1.2.3 Cáries	24
1.2.4 Gengivite	25
1.2.5 Doença periodontal ou Periodontite	26
1.2.6 Halitose	26
1.2.7 Câncer Bucal	27
2 COMO CAMINHAM OS PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E METODOLOGIAS APLICADAS NESTA PESQUISA	28
2.1 Breve histórico dos programas de saúde bucal no Brasil	29
2.2 Reflexões sobre as políticas públicas de saúde bucal nas escolas	32
2.3 Construindo o campo da pesquisa: da fundamentação teórica à metodologia.....	36
2.3.1 Primeiros Contatos	37
2.3.2 A pesquisa-ação	41
2.3.2.1 Fase Exploratória: diagnóstico e hipóteses.....	44
2.3.2.2 Fase Principal: elaboração de um plano de ação	47
2.3.2.3 Fase da Ação: arregaçando as mangas	48
2.3.2.4 Fase da Avaliação: rever o feito e refletir para melhorar os resultados	49
3 EDUCANDO PARA SAÚDE BUCAL: AULAS TEÓRICAS PARTICIPATIVAS E OFICINAS.....	52
3.1 Primeira palestra: conhecendo a boca.....	55
3.1.1 Anatomia da boca	56
3.1.2 Funções da boca	56
3.1.3 Saúde bucal.....	57
3.2 Segunda Palestra: Os dentes e sua importância	58
3.2.1 Anatomia dos dentes	59
3.2.2 Tipos de dentes.....	59

<i>3.2.3 Estrutura dos dentes</i>	60
<i>3.2.4 Dentição decídua (dentição de leite)</i>	60
<i>3.2.5 Dentição permanente</i>	61
3.3 Terceira palestra explicando sobre a cárie	65
3.4 Educação para a saúde bucal: aulas práticas de escovação supervisionada (espaço externo)	74
<i>3.4.1 Primeiro Momento</i>	75
<i>3.4.2 Segundo Momento</i>	81
<i>3.4.3 Terceiro Momento</i>	87
4 CONSIDERAÇÕES EM TRÂNSITO	96
REFERÊNCIAS	101
ANEXO A - Declaração de concordância com o projeto de pesquisa	104
ANEXO B - Termo de autorização de uso de imagem e informações	105
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (professores)	106
ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação de menor	109
APÊNDICE A - Questionário direcionado à equipe escolar	111
APÊNDICE B - Avaliação feita pela pesquisadora no escovódromo com o uso do evidenciador de Placa Bacteriana	112
APÊNDICE C - Ficha avaliativa da intervenção - professores	113
APÊNDICE D - Ficha avaliativa da aplicação/teste do produto	114
APÊNDICE E - O Produto Educacional	116
APÊNDICE F - Ficha avaliativa com respostas	174

INTRODUÇÃO

Por anos, a Odontologia não foi considerada uma política pública de saúde. Conforme afirmam Aguiar e Da Rocha (2019), o acesso aos serviços de saúde bucal era bastante limitado, a saúde não era para todos, mas para quem tinha vínculo formal com o trabalho e carteira assinada. Nessas condições, Silvestre, De Aguiar e Teixeira (2013) asseveram que parte importante da população ficava excluída dos serviços públicos, suas dores tinham que ser resolvidas através da filantropia, casas de caridade, benzedadeiras, entre outros apelos; o enfoque era para a parte curativa e mutiladora, não era preventiva.

Sabe-se que a realidade descrita, e que é comum em muitas cidades brasileiras, também se repete na sociedade do Alto Sertão Baiano, principalmente para o acesso da população vulnerável das periferias, excluída das políticas de saúde preventivas, acostumados que estamos às saúdes curativas. No que se refere à justificativa pessoal para esta pesquisa, destaca-se o fato de o tema coincidir com a história de vida da pesquisadora, uma jornada de determinação e superação das adversidades.

Há, aproximadamente, dois anos ocorreu a aproximação ao Programa de Pós-Graduação em Ensino Linguagem e Sociedade a fim de apresentar o projeto, com a expectativa de acolhimento para realizar o mestrado profissional. Com muita satisfação, o projeto foi aprovado com a questão problema: *como formar crianças da educação básica, implementando práticas de atenção à saúde bucal, para a prevenção e cuidados com sua saúde integral?* Para pensar o problema, um objetivo geral foi formulado: relatar, criticamente, como se deu a implementação das práticas de atenção à saúde bucal na Escola Municipal Miguel Mirante, localizada no povoado Arrecife, em Brumado, no Alto Sertão Baiano.

A escola foi escolhida em razão de ser localizada na zona rural e frequentada por crianças pertencentes a famílias de baixa renda. Ao objetivo central ligaram-se outros: averiguar se a secretaria de educação promoveu/promove políticas de incentivo à saúde oral das crianças na escola escolhida e em outras, a fim de prevenir doenças; verificar se a escola, por iniciativa própria, ensina e realiza cuidados bucais, como técnica de escovação, uso do fio dental e dieta saudável, e se têm, ou não, condições de realizar esse trabalho; promover ações educativas/preventivas com as crianças sobre doenças bucais e incentivar práticas de higiene oral adequada; elaborar um manual de orientação para a implantação das práticas de saúde bucal nas escolas, buscando reduzir as disparidades no acesso aos cuidados odontológicos, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças.

A saúde bucal é parte do complexo sistema da saúde de uma pessoa, razão pela qual deve ser cultivada desde os primeiros meses de vida para que as crianças cresçam com a dentição saudável. Cultivar bons hábitos de higiene bucal desde a infância garante saúde, portanto os pais devem ensinar essa prática aos filhos, para que tenham um crescimento sadio. Entretanto, nem sempre, essa prática é introduzida na infância, porque, muitas vezes, os pais também não foram educados para esse fim, ou não tiveram condições financeiras para realizá-la.

Quando essa higiene não é instituída na família, assim como a prática de boa alimentação, ela precisa ser estimulada na escola. É na instituição escolar que aprendemos muito sobre conviver em grupo, a ler e a escrever, a interpretar, mas, também, muitos outros saberes que preparam o sujeito para a vida e o exercício da cidadania. Por que não aprender, também, sobre a importância da saúde bucal? Será que no ambiente escolar as crianças recebem os estímulos necessários para a higienização dos dentes e da língua? Sabemos, conforme mencionam Valarelli *et al.* (2011), que a infância é um período de descobertas e assimilação do mundo à nossa volta, portanto a implantação de hábitos saudáveis na infância é permanente e pode prevenir várias doenças.

Alguns teóricos nos auxiliam a pensar sobre educação para a saúde oral. Como assevera Campos (2005), a educação em saúde bucal supera o papel reacionário de um processo tradicional que, geralmente, impõe normas e condutas, responsabiliza e culpabiliza os indivíduos por seus problemas de saúde. Castro (2012), por seu turno, percebe que as crianças podem adquirir bons hábitos de saúde bucal na escola, com métodos simples e baratos, e influenciar a saúde no cotidiano de suas famílias, a fim de que elas possam adquirir hábitos e atitudes saudáveis, com práticas constantes, que só trarão benefícios. Ainda, Paes e Dos Passos Paixão (2016) destacam que, ao falarmos de educação em saúde, devemos entendê-la como um processo de articulação entre conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais que possam ser compartilhadas. Nessa perspectiva, o processo educativo favorece, simultaneamente, a saúde integral, o desenvolvimento da autonomia e o alcance de objetivos sociais.

A saúde integral da pessoa passa pela saúde bucal. Quando falamos de boa saúde, referimo-nos, também, a uma alimentação balanceada composta por frutas, verduras, legumes, proteínas e baixo nível de açúcares e carboidratos, além de ela estar associada a práticas de higiene. Todos esses cuidados necessitam de uma educação permanente, em particular com as crianças, assim como de políticas públicas que possibilitem essas práticas.

Vale ressaltar que, mesmo conhecendo essas necessidades, muitas famílias, a maioria de baixa renda, não têm condições de manter uma alimentação diversificada e garantir hábitos de higiene, considerando que grande parte delas é sustentada por políticas públicas, como o bolsa família, ou o seu mantenedor recebe apenas um salário mínimo, insuficiente para arcar com todas as despesas, tais como água, luz, aluguel, roupas, remédios e alimentação básica, só para mencionar o mínimo.

A Constituição Federal de 1988 reza, em seu Art. 227, que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º - O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais [...] (Brasil, 1988, grifos nossos).

Conforme a Carta Magna, cabe às três instâncias garantir a vida, a saúde, a alimentação, a educação, o lazer, a cultura, a dignidade e o respeito para com a criança. Quando a família não tem condições, a comunidade e o Estado devem assumir a responsabilidade.

Como mencionado anteriormente, grande parte das crianças que estuda em escola pública não recebe alimentação de qualidade e nem possui hábitos de higiene pessoal e bucal na família, cabendo à escola o papel de suprir tais ausências. Além do papel específico da escola, que é o de instruir as crianças sobre os conteúdos, as atividades a serem realizadas e as competências a serem desenvolvidas segundo o currículo, base da prática pedagógica, cujo objetivo é a formação plena dos alunos, a Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB), também, versa sobre uma educação voltada para o cuidado com a saúde e o bem estar dos estudantes.

Pensamos na hipótese de que o ambiente escolar é um ambiente favorável para desenvolver boas práticas educativas de alimentação e de saúde, por reunir crianças de diferentes idades, numa fase ideal de aprendizado e com recursos próprios para esse fim, principalmente, no que se refere à alimentação dos menores. Isto não significa afirmar que as práticas educativas e preventivas com a saúde sejam fáceis de serem introduzidas. Conforme constatam Bezerra e Souza (2019), em sua pesquisa, elas têm sido desafiadoras para as instituições de ensino, uma vez que necessitam de cooperação entre as secretarias de educação e de saúde.

Essa realidade descrita não é recente, desde 2007, quando houve uma tentativa de reverter o quadro e vencer desafios nas escolas públicas, ficou definida a obrigatoriedade de programas de saúde nas escolas, por meio do decreto nº 6.286, de 05 de dezembro daquele ano, criando o Programa Saúde da Família (PSE), com a finalidade de regulamentar e reger algumas ações de saúde no ambiente escolar. Segundo Monteiro e Bizzo (2014), a regulamentação do referido decreto deu-se por meio das Portarias: GM/MS 1861/2008; 2931/2008; 3146/2009; 1537/2010 e 3693/2010 (Brasil, 2008). Tais dispositivos garantiram a saúde das crianças nas escolas?

Essas portarias possibilitaram a inserção de ações motivacionais, como requisito indispensável aos programas educativos em saúde bucal escolar. A partir de então, as crianças eram incentivadas a adquirir conhecimento sobre os meios de evitar doenças bucais de forma mais prazerosa. Mas, na prática, essas ações de direito foram instituídas de fato? Em caso afirmativo, essas práticas tiveram continuidade? Todas as escolas foram contempladas? Nosso tempo foi insuficiente para realizar uma pesquisa ampla e profunda que desse conta de responder a todas essas questões, razão pela qual nossa investigação restringiu-se a uma instituição, a Escola Municipal Miguel Mirante.

Como profissionais da saúde, sempre entendemos a necessidade de implementar projetos e programas, cujo objetivo fosse a prevenção da saúde, especificamente a bucal, objeto de nosso interesse e proposta desta pesquisa realizada. E mais, estando a criança numa fase de propício desenvolvimento cognitivo, nada mais indicado do que aproveitar esse estágio para educá-la para este fim.

Este texto está, didaticamente, subdividido em três capítulos. No primeiro, abordamos sobre a mestrandia e profissional da odontologia e sobre as patologias bucais; no segundo, discorremos sobre o que tem sido pesquisado e as políticas públicas direcionadas ao tema, assim como a metodologia adotada para implementar o programa de saúde bucal na escola selecionada; no terceiro, descrevemos as aulas teóricas participativas e as oficinas realizadas; assim como discutimos sobre a pertinência das atividades realizadas, sobre a participação das crianças, sobre os resultados obtidos na prática, bem como a ideia de elaborar o manual para os docentes para que pudessem dar continuidade às ações educativas por nós iniciadas.

Esperamos que esta pesquisa-ação contribua, mesmo que modestamente, para a saúde bucal das crianças da escola selecionada e o produto dela resultante possa se estender a outras instituições da rede pública e, conseqüentemente, a mais crianças, em sua maioria oriundas da periferia e pertencentes a famílias de baixa renda. Também, almejamos auxiliar os docentes na tarefa de educar para além das disciplinas normativas.

1 QUANDO NÃO HÁ PREVENÇÃO A BOCA PADECE: A PROFISSIONAL E AS PATOLOGIAS

1.1 Do ponto de vista pessoal/profissional

Sou Edna Maria Costa Pinto Silva. Desde minha infância humilde em uma pequena cidade do recôncavo baiano, onde nasci e cresci com meus irmãos, considerei e reconheci meus pais como exemplo de lutas.

Posteriormente, parti para a capital, Salvador, no intuito de dar continuidade aos estudos no Colégio Estadual da Bahia (Central) e francês na Casa da França. Preparada para o vestibular, fui aprovada para o curso de Odontologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e me dediquei bastante ao curso, pois foi uma escolha consciente e um desejo antigo, por isso prazeroso.

Meu percurso na universidade sempre foi ativo, fiz estágios curriculares não obrigatórios, atividades de extensão e participei de vários eventos. Autora de Temas Livres: *Processo Ensino-Aprendizagem em Saúde Bucal: Influência do reforço na motivação em higiene bucal*, no II ENESB/PSF, evento realizado no período de 16 a 18 de outubro de 2003, em Vitória da Conquista-BA.

Fiz especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER), com a produção de artigo: *O Acolhimento como proposta de reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família: uma Análise Bibliográfica*; pós-graduação em Nível de Especialização em Saúde Pública com complementação para o Magistério superior, realizado em convênio com o Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, no período de 24 de setembro de 2005 a 03 de dezembro de 2006. Trabalho de Conclusão do Curso (TCC): *Saúde, Ambiente e Esquistossomose em Brumado - uma história em duas dimensões*. Especializei-me em Gestão Pública, pela Universidade do Estado da Bahia; participei do Terceiro Concurso Iberoamericano de Boas Práticas em Promoção de Saúde no Âmbito escolar, nos anos de 2010 e 2011.

Também fiz curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde com Qualificação Profissional em nível de aperfeiçoamento pela FIOCRUZ (Titulação: Especialização), realizado no período de 21 de outubro de 2014 a 25 de agosto de 2015, concluído no ano de 2015.

Ao concluir o curso, regressei à cidade natal no interior, enfrentei desafios, comuns no início da carreira, mas essas dificuldades me fortaleceram e moldaram minha personalidade,

inspirando-me a buscar conhecimentos constantemente, com vistas ao crescimento profissional e à realização pessoal.

Durante muitos anos, dediquei-me ao consultório, posteriormente aproximei-me da saúde pública, em particular com o objetivo de promover a conscientização sobre a importância da saúde bucal e garantir o acesso aos cuidados odontológicos de prevenção. Trabalhei em posto de Saúde e, no ano de 1978, fui admitida como funcionária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e ingressei na Diretoria Regional de Saúde (DIRES) como dentista sanitaria. A minha convivência com escolares iniciou-se em 2006 quando entrei para o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa apresenta uma nova forma de trabalhar, com a atenção voltada para a família, procurando resolver as necessidades de saúde de forma individual, ou coletiva, dentro de um contexto de combinação entre saberes e técnicas (Teixeira; Solla, 2006).

Fui referência técnica em saúde Bucal do Município de Brumado, participei do Programa de Educação Permanente de 2007 a 2009, atuei como articuladora do programa Mobiliza SUS, Educação Permanente para o Controle Social e Gestão participativa do Sistema Único de Saúde da Microrregião de Brumado e coordenadora de Saúde Bucal do mesmo município.

Atualmente, paralelamente ao mestrado em Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS) da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), curso Especialização em Saúde Coletiva, Área de concentração em Saúde da Família, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ao longo dos anos fui superando os obstáculos, conquistei vitórias inesperadas e encontrei minha paixão voltada para a Educação em Saúde Bucal e a importância de garantir o acesso aos cuidados odontológicos para todos. O foco principal é educar as pessoas sobre a prevenção de doenças bucais e incentivar práticas de higiene oral adequadas. Além disso, buscar reduzir as disparidades no acesso aos cuidados odontológicos e melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio de uma boa saúde bucal tornaram-se minha meta.

Esta autobiografia é uma reflexão sincera sobre minhas experiências, lutas e triunfos, enquanto compartilho as lições valiosas que aprendi ao longo do caminho. Diante do exposto, vinha pensando sobre a necessidade de desenvolver um estudo sobre esse tema. Aproximei-me, então, do Mestrado em Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS) da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), Campus VI-Caetité, e o meu interesse inicial de desenvolver uma pesquisa em Educação em Saúde Bucal Escolar se realizou e me instigou a desenvolver o Produto Educacional final.

Entendemos que é através da implementação de programas motivacionais que as crianças passam a ter conhecimento de como evitar doenças relacionadas à saúde bucal e ter autonomia de gerenciar sua própria saúde. Para Valarelli *et al.* (2011), ao se reunir pessoas de diferentes faixas etárias, por ser o lugar onde se aprende, onde existe uma socialização, a escola primária é o local ideal para o desenvolvimento dessas ações em saúde bucal.

1.2 Patologias: doenças bucais, causas e prevenções

Todas as pessoas estão suscetíveis a doenças bucais, pois elas podem afetar diferentes faixas etárias, gêneros, classe social, entre outras. Algumas mazelas são mais recorrentes que outras, entretanto todas precisam ser prevenidas ou tratadas adequadamente com um profissional. As pessoas das classes com menor poder aquisitivo perdem dentes com maior frequência e são acometidas por diferentes patologias bucais pela falta de cuidado com a saúde oral, principalmente os mais pobres, que, dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) para se tratar, enfrentam a escassez de atendimento.

Existem, ainda hoje, pessoas que não cuidam adequadamente da saúde bucal, seja por questão financeira ou por negligenciar sua saúde, o que leva ao desenvolvimento de diversas patologias orais no decorrer da vida. Pesquisas recentes apontam que quase a metade da população brasileira acima de sessenta anos perdeu um ou mais dentes em decorrência do descaso com a higienização bucal durante a vida. Alguns fatores potencializam o desenvolvimento de doenças bucais, mas o mais grave é a falta de escovação.

A pesquisa mais importante é aquela realizada todas as décadas pelo Ministério da Saúde, o qual analisa as condições de saúde oral de nossa população desde a década de 1986. No ano de 2000, criaram o projeto SB Brasil que atualiza as informações que são importantes para o planejamento e estruturação do sistema de saúde pública odontológica há cada década.

Dados de 2010 apontam para 27% das crianças de 18 a 36 meses com cáries nos dentes provisórios, elevando essa percentagem para 60% quando a faixa etária vai até crianças de cinco anos. Quando o tema é dentição permanente, os dados são alarmantes, 70% das crianças até 12 anos e 90% dos adolescentes entre 15 e 19 anos já tiveram cárie.¹

¹ Disponível em: <https://redeorto.com.br/blog/post/dados-sobre-a-saude-bucal-no-brasil-que-voce-precisa-conhecer>. Acesso: 05 out. 2023.

Na mais recente pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), os resultados são assustadores: apenas 53% da população faz uso do fio dental, escova e creme dental e 89% realizam higienização bucal apenas uma vez por dia.

Profissionais especialistas afirmam que a maioria das doenças bucais pode ser prevenidas com cuidados básicos de higienização após a alimentação. As doenças orais não atingem apenas os dentes, elas podem afetar tanto a região externa da boca, como os lábios, assim como as internas, a exemplo da língua, gengivas, garganta e dentes. Citamos, nas subseções seguinte, algumas das doenças mais comuns e que podem ser prevenidas.

1.2.1 Placa Bacteriana

Apesar de não podermos considerar a placa bacteriana (PB) uma doença bucal, ela nos oferece indícios de que algo não está bem em nossa boca, pois é através dela que se desenvolvem as doenças como o tártaro, as cáries e a gengivite. O processo de formação da placa bacteriana começa quando os restos alimentares não são retirados através da escovação e/ou do uso do fio dental e, com ajuda da saliva, formam uma película pegajosa, aderente e incolor, criando um ambiente perfeito para a proliferação de bactérias. Com a aderência e aglomeração das bactérias aos dentes e outras superfícies da boca, elas começam a se multiplicar e a formar colônias. Se a placa bacteriana não for removida, adequadamente, pode se acumular e endurecer, formando o tártaro ou cálculo. Acontece não somente quando não é feita a escovação, mas, também, quando a higiene bucal é realizada de forma inadequada.

1.2.2 Cálculo Dentário (Tártaro)

O tártaro é consequência da não eliminação da placa bacteriana. Se ele não é removido, acumula-se nos dentes e passa, com o tempo, a acumular mais resíduos, adquirindo um aspecto mais rígido. No momento em que o alimento endurece e calcifica entre os dentes, ou em sua superfície, cria-se uma grossa camada de resíduos e bactérias que amarelam os dentes e, devido à rigidez da substância calcificada, que se adere fortemente aos dentes, é impossível ser removida apenas com a escovação, sendo necessária a intervenção de um profissional dentista para sua remoção, ou higienista oral. O cálculo dentário evolui para o desenvolvimento de diversas doenças bucais, tais como cáries, gengivite e periodontite, que podem levar à perda de dentes.

1.2.3 Cáries

As cáries desenvolvem-se ativadas pelos ácidos que são liberados pelas bactérias presentes na boca, elas se alimentam dos resíduos alimentares que não são eliminados pela escovação dos dentes. Essas bactérias corroem o esmalte dos dentes, adentram a estrutura, podendo gerar a perda deles. É a doença bucal mais comum e silenciosa entre elas, é importante estar atento ao excesso de alimentos com açúcar e à higienização oral.

A cárie dentária é uma doença multifatorial e relacionada às condições de vida, dieta, decorrente de uma interação entre hospedeiro, microbiota, causada por uma bactéria que produz ácidos e causa desmineralização do esmalte do dente. Estudos epidemiológicos têm demonstrado o declínio da prevalência da cárie, provavelmente devido a uma série de medidas preventivas, como, por exemplo, a fluoretação das águas de consumo humano. Vale lembrar que no ano de em 1958 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu

a importância da fluoretação e instituiu um Comitê de Peritos em fluoretação da água, que em seu primeiro relatório deu parecer favorável à fluoretação, indicando-a como uma medida de saúde pública. O mesmo Comitê sugeriu que pesquisas de outros métodos e veículos de aplicação tópica de flúor fossem desenvolvidas, a fim de permitir o uso do composto em locais onde a fluoretação não pudesse ser implantada (Ramires; Buzalaf, 2007, p. 2).

No que se refere ao Brasil, é importante destacar que, a partir da década de 1970, a prevalência acerca da cárie dentária em adolescentes de aproximadamente 12 anos de idade vem diminuindo, apesar de já ter sido um dos maiores CPO-D do mundo (índice que representa a média de dentes cariados/C, dentes perdidos/P e dentes obturados/O), conforme apontam os estudos de Pauleto, Pereira e Cyrino (2004). O declínio ao qual os pesquisadores se referem não aconteceu de forma uniforme devido às diferenças regionais, as condições sociais e culturais, à falta de acesso aos programas preventivos, constituindo, assim, a formação do grupo de risco, que auxilia na polarização do processo da doença nas camadas mais pobres e vulneráveis. Esse fenômeno apontado no ano anterior por Cardoso (2003), conhecido como polarização, consistia na concentração da maior parte das doenças e das necessidades de tratamento em uma parcela específica da população, digamos assim, periférica.

Uma década posterior, o estudo de Agnelli (2016) mostrou que, apesar da Lei n.6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto n. 76.872, de 22 de dezembro de 1975, pela Portaria n. 635, de 26 de dezembro de 1975, e Portaria n. 36, de 19 de janeiro de 1990, não houve adesão à fluoretação das águas prevista na legislação em todas as regiões do país e de

forma equânime. Dessa forma, a população, além de ser privada do acesso ao flúor via água de abastecimento e programas de prevenção, contava apenas com o atendimento curativo para solucionar suas necessidades odontológicas.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, a odontologia vem demonstrando que uma grande parcela da população brasileira tem acesso limitado (ou nenhum) aos tratamentos dentários, assim como à água fluoretada e faltam-lhe informações sobre os cuidados básicos para saúde bucal. Comungando com Castro (2012), tal situação decorre da situação econômica do país, aumentando a ocorrência de cáries e doenças periodontais, o que leva essa parcela da população brasileira a perder seus dentes muito cedo, influenciando consideravelmente a qualidade de vida e bem-estar dessas pessoas.

Nesse contexto, torna-se importante desenvolver atividades que eduquem as crianças para escovarem os dentes sempre que se alimentarem para evitar doenças como a cárie, assim como direcionar tais ações para os locais mais carentes, onde as políticas públicas raramente chegam, a fim de causarem impacto motivacional nos sujeitos. Conforme defendem Cota e De Assunção Costa (2017), a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e o alto impacto no âmbito público e coletivo.

Além da cárie dentária, a escovação inadequada dos dentes, ou sua ausência, pode contribuir para o desenvolvimento de outras doenças bucais, como: doença periodontal, periodontite, infecções dentárias, halitose.

1.2.4 Gengivite

A presença da Placa Bacteriana (PB), forma inicial da doença periodontal, irrita as gengivas, causando a gengivite, caracterizada pela inflamação das gengivas. A escovação inadequada afasta a gengiva, permitindo que a PB se acumule na linha da gengiva, causando irritação e inflamação. Embora essa doença também seja uma inflamação, ela é mais leve que a periodontite, sobre a qual discutiremos adiante. Essa doença é causada por pequenos resíduos de alimentos que se alojam nos espaços entre os dentes e a gengiva, inicialmente causando uma irritação que inclui mudança na coloração da gengiva, que se torna vermelha, inchada e sensível, com sangramento durante a escovação ou uso do fio dental, bem como desconforto e, muitas vezes, retração da gengiva. Nessa fase inicial, a doença periodontal pode ser reversível se tratada adequadamente, com uma higiene bucal adequada e visitas regulares ao dentista.

1.2.5 Doença periodontal ou Periodontite

A escovação inadequada pode levar ao acúmulo de PB nos dentes e ao redor da linha da gengiva, causando inflamação. Se a gengivite não for tratada, ela pode progredir para uma doença periodontal. Quando uma infecção na gengiva não é tratada no início, ela agrava o estado inflamatório, levando ao desenvolvimento da periodontite. A periodontite é uma forma mais avançada da doença, na qual a inflamação se estende além das gengivas e afeta os tecidos de suporte dos dentes. As bactérias presentes na PB liberam toxinas que estimulam uma resposta inflamatória do sistema imunológico, resultando na destruição progressiva do osso alveolar e do ligamento periodontal.

A periodontite é uma inflamação aguda que pode ser desencadeada por diferentes fatores prejudiciais à saúde bucal. Quando está ativa, afeta todos os tecidos, inclusive as gengivas, que se retraem ou se afastam dos dentes, formação de bolsas periodontais (espaços profundos entre os dentes e as gengivas), mobilidade dentária, sensibilidade ao frio ou calor, mudanças na mordida e possível perda dos dentes afetados. É importante destacar que a doença periodontal não afeta apenas a saúde bucal, mas também está relacionada a várias doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, problemas respiratórios e complicações na gravidez.

O tratamento da doença periodontal envolve a remoção da placa bacteriana e do tártaro através de uma limpeza profissional chamada de raspagem e alisamento radicular. Em casos mais avançados, podem ser necessários procedimentos cirúrgicos para reparar os tecidos danificados. Além disso, é fundamental adotar uma rotina de higiene bucal adequada em casa, incluindo escovação regular dos dentes, uso do fio dental, bem como visitas ao dentista para avaliação e acompanhamento.

1.2.6 Halitose

A escovação inadequada pode permitir a proliferação de bactérias na boca, especialmente na língua e entre os dentes. Essas bactérias liberam gases com odor desagradável, contribuindo para o mau hálito.

O mau hálito, como o próprio nome indica, é um odor forte e desagradável eliminado pela boca, mesmo quando foi feita higienização. Claro que a ausência de higienização acentua o mau cheiro. A halitose pode estar relacionada com problemas estomacais, mas é mais comum que esteja ligada a doenças bucais, a exemplo de periodontite, gengivite, xerostomia, cáries,

entre outros. Tal situação pode ser gerada por alguma doença bucal e funcionar como um alerta do próprio corpo para que se busque o auxílio de um especialista.

1.2.7 Câncer Bucal

Esta patologia é a mais grave e pode ser causada por diversos fatores, como, por exemplo, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, exposição prolongada ao sol sem protetor labial, predisposição genética e imunossupressão. Esta é a mais difícil de ser prevenida e, muitas vezes, não conseguimos salvar o paciente. As doenças podem ser evitadas, com exceção do câncer, porque, como explicado anteriormente, suas causas podem ser muitas. Mas as infecções dentárias podem ser tratadas, seja por prevenção, seja por tratamento com um profissional de saúde bucal.

A falta de higiene bucal adequada pode resultar em acúmulo de PB e cáries, que podem evoluir para infecções dentárias mais graves. Infecções dentárias podem se manifestar como abscessos, inchaços e dor intensa. Para evitar infecções dentárias, vale ratificar, é essencial adotar uma boa higiene bucal, incluindo escovação regular dos dentes e o uso do fio dental. Visitas periódicas ao dentista para exames e limpezas profissionais para o tratamento precoce da cárie e a reparação dos danos dentários também são fundamentais para prevenir infecções dentárias graves.

É importante destacar que a escovação inadequada é apenas um dos fatores que contribuem para essas doenças bucais. A visita regular ao dentista, a adoção de uma dieta equilibrada, além da utilização do fio dental são atitudes fundamentais para a saúde bucal e total do corpo.

Segundo Pereira (2016), a saúde bucal da população brasileira ainda é uma temática que merece atenção nos dias atuais, principalmente de crianças, adolescentes e pessoas que residem em comunidades distantes dos grandes centros urbanos. A aquisição de bons hábitos de saúde bucal pode influenciar de forma positiva no controle da cárie dentária.

2 COMO CAMINHAM OS PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E METODOLOGIAS APLICADAS NESTA PESQUISA

Os Programas de saúde bucal nas escolas públicas brasileiras têm sido uma importante estratégia para melhorar a saúde bucal de crianças e adolescentes. Estes programas visam promover hábitos saudáveis nos estudantes e prevenir doenças orais e são, geralmente, implementados em colaboração com os departamentos de saúde e educação.

Uma das principais iniciativas é a educação em saúde bucal, que inclui atividades educativas, como palestras, oficinas e teatros, sobre a importância da higiene bucal, alimentação saudável e visitas regulares ao dentista. Além disso, algumas escolas implementam programas de escovação supervisionada, ou seja, as crianças escovam os dentes na escola sob a supervisão de profissionais de saúde. Outra estratégia comum é o uso de flúor, feito regularmente para fortalecer o esmalte dos dentes e prevenir cáries.

Apesar dos benefícios, os programas enfrentam desafios significativos. A falta de recursos financeiros e materiais é um obstáculo comum que dificulta a implementação e sustentação de iniciativas. A desigualdade regional é outro desafio, com as regiões mais pobres do país, como o Norte e o Nordeste, enfrentando maiores dificuldades devido à falta de profissionais e infraestrutura. Além disso, a educação/formação contínua de profissionais e professores de saúde oral é necessária, mas nem sempre está disponível. Existem exemplos de programas bem-sucedidos que servem como modelos. O “Brasil Sorridente”, que faz parte da política nacional de saúde bucal, inclui atividades escolares nesse sentido, como campanhas educativas e uso de flúor.

A expansão e o fortalecimento dos programas de saúde bucal nas escolas públicas é um movimento crescente para garantir que os serviços estejam disponíveis para mais escolas e estudantes. A integração destes programas com outras políticas de saúde escolar pode melhorar os resultados e promover uma abordagem mais holística à saúde dos estudantes.

Os programas de saúde bucal já implementados em algumas escolas públicas brasileiras têm apresentado resultados positivos na promoção de hábitos saudáveis entre os estudantes e na prevenção de doenças bucais. No entanto, ainda existem desafios significativos a enfrentar, especialmente no que diz respeito aos recursos e às disparidades regionais. Fortalecer esses programas é importante para garantir que todas as crianças brasileiras tenham saúde bucal adequada e melhor qualidade de vida.

2.1 Breve histórico dos programas de saúde bucal no Brasil

A Odontologia nunca foi foco das políticas públicas de saúde, razão pela qual era bastante limitado o acesso dos brasileiros à saúde bucal. A falta de recursos e a ausência de políticas públicas de prevenção, causavam demora na procura ao atendimento, o que resultava em perda total ou parcial do dente, com dores persistentes, o que levava à extração dentária, único recurso oferecido pela rede pública, uma prática mutiladora com uma visão apenas clínica do dentista.

Conforme Santos *et al.* (2023), com respaldo nas publicações do governo, foi no ano de 2003 que a preocupação do Estado com a saúde bucal da população nacional deu início a políticas públicas, com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). O Programa Brasil Sorridente, assim como ficou conhecido, criou uma série de medidas que priorizou a atuação em três linhas: a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Básica (AB), e na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação, qualificação e organização da Atenção Especializada (AE), em particular com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) a partir de 2004.

O objetivo foi garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, o que repercute na saúde geral e qualidade de vida do cidadão, reorganizando a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, atendendo cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS. Também articula outras ações importantes intraministeriais e interministeriais, a exemplo de procedimentos coletivos e fluoretação das águas de abastecimento público, além da atenção e vigilância da saúde oral, realizando estudos epidemiológicos intermitentes e a abertura de Centros Colaboradores em parceria com universidades, atuando, em particular, na avaliação dos CEO e na vigilância da fluoretação.

Houve ampliação da oferta e do potencial de cobertura de serviços até 2006 e a manutenção entre os anos de 2007 e 2014; com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016, o cenário tornou-se restritivo. No governo Temer, até 2018, muitos problemas afetaram, sobretudo, a saúde pública, tais como medidas de austeridade fiscais, instabilidade econômica e política, acarretando a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou e congelou os gastos públicos federais até o ano de 2036. Essas medidas impactaram, sobremaneira, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Ademais, em 2017, nova versão da Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB) foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS), que, entre outras ações, flexibilizou os modelos de implantação das equipes de AB. Momento em que houve muitas mudanças na Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do MS, com redução dos resultados de indicadores monitorados na AB e AE. O ano de 2019 foi marcante para a população e os serviços públicos. O governo Bolsonaro, por meio de seu Ministro de Saúde, Luiz Henrique Mandetta, defendeu um “sistema privado forte e solidário” e, no decorrer do ano, o MS lançou o Programa Previne Brasil, que, baseado na população cadastrada e avaliação de desempenho, estabeleceu novos critérios de financiamento federal da AB.

No grupo das ações estratégicas permaneceram a eSB, CEO e LRPD. Coerente com a proposta divulgada na campanha eleitoral, o único indicador de saúde bucal acompanhado passou a ser aquele que fazia referência à atenção à saúde bucal da gestante, no modelo materno-infantil realizado pela eSB. O condicionamento do repasse de recursos federais apenas à população cadastrada tornou-se uma barreira para que o financiamento atingisse o total da população brasileira, e uma ameaça à cobertura potencial da AB e ao princípio da universalidade do SUS. Influenciadas pela agenda do Banco Mundial, essas mudanças impactaram no conceito de “cobertura universal em saúde”, priorizando a implantação de serviços básicos focalizados em detrimento dos sistemas públicos universais.

O ano de 2020, quando iniciaria o monitoramento da implantação dessas mudanças na AB e financiamento da saúde, foi surpreendido pela pandemia do novo coronavírus. Em março, o MS declarou situação de transmissão comunitária do vírus da Covid-19 no Brasil e a CGSB, em Nota Técnica, recomendou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo apenas as urgências. O período demonstrou significativa redução dos procedimentos odontológicos no SUS, ocasionado pela reorganização dos serviços de saúde para enfrentamento da pandemia, com foco na atenção hospitalar.

O quadro crítico atravessado em 2020 pela crise sanitária instalada na saúde permaneceu grave no ano de 2021, com o atenuante do início da vacinação contra a Covid-19. Em razão da pandemia, as regras estabelecidas para o financiamento do Previne foram adiadas e os recursos federais foram na íntegra repassados no biênio.

Em novembro de 2022, o Congresso Nacional aprovou a proposta de lei que prevê o acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde bucal, que passam a integrar o SUS. Em 2023, o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva sancionou o projeto de lei nº 8131/2017, que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, na Lei Orgânica da Saúde, passando a ser um direito de todos os brasileiros, ato que reconhece a importância do acesso ao atendimento odontológico no SUS e reforça o compromisso do

Governo Federal com o cuidado integral da população brasileira, que não pode ser negligenciado por nenhuma instância gestora, quer seja federal, estaduais ou municipais. O Brasil Sorridente mudou a vida de milhões de brasileiros e se tornou uma prioridade do Governo Federal. Uma das suas principais diretrizes é combater a dificuldade de acesso à saúde bucal, principalmente para a população mais vulnerável e em regiões de difícil acesso.

A atenção em saúde bucal no SUS é ofertada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e hospitais, contando com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Presente em 5,2 mil municípios, as principais diretrizes do Programa Brasil Sorridente são baseadas no direito de todos os brasileiros a um sorriso saudável, parte fundamental para uma vida digna, aumento da autoestima e o exercício da cidadania. Com o programa, o SUS alterou a rota de extração dentária para promoção da saúde bucal, o atendimento preventivo e a recuperação e tratamento especializado. O presidente Lula reforçou que o programa ainda precisa garantir dentistas nas salas de aula, para atender às crianças, mas o MS está cuidando para restabelecer e reestruturar o programa que foi desmontado pelo governo anterior.

Conforme apontam os estudos realizados por Santos *et al.* (2023), o Observatório de Análise Política em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia vem realizando o monitoramento e análise das transformações da PNSB desde 2003, considerando as ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados alcançados e financiamento federal.

O artigo das pesquisadoras focou na atualização do acompanhamento sistemático no período de 2018 a 2021, constatando que houve pouco avanço, e aponta como causas a crise sanitária atravessada pelo país, agravamento das crises política e econômica, somados a posições privatistas do governo Bolsonaro, contrário aos princípios e diretrizes do SUS. Elas reconhecem a limitação do estudo por duas razões, a primeira se refere ao uso de dados secundários, com risco da falta de uniformidade no registro e subnotificação e, segundo, no período analisado houve mudanças e atualizações na forma de apresentação dos dados e sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS), resultando em diversos momentos de instabilidade das informações.

A SB é uma área fundamental para o bem-estar geral das pessoas, razão pela qual os cuidados com a boca, desde a infância, são essenciais para garantir hábitos saudáveis ao longo da vida. Reconhecendo a importância da educação em saúde bucal nas escolas, muitos programas, como visto, têm sido implementados com o objetivo de promover uma boa higiene

bucal e prevenir doenças dentárias entre os alunos. No entanto, a simples transmissão de informações sobre escovação, o uso do fio dental e alimentação saudável nem sempre é suficiente para engajar as crianças nesse tema. Muitas vezes, elas podem encarar essas atividades como obrigações chatas e monótonas, o que dificulta a assimilação dos conceitos e práticas necessárias para uma boa saúde bucal.

Apesar das limitações apresentadas, as pesquisadoras admitem que o monitoramento realizado contribuiu para análise das transformações, continuidades, rupturas e inserções na resposta estatal às necessidades da população brasileira, auxiliando nos processos de tomada de decisões, controle e participação social, assim como para a construção ou atualização de propostas, que possam ser mais favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do SUS.

2.2 Reflexões sobre as políticas públicas de saúde bucal nas escolas

Uma das mais relevantes tarefas da saúde pública é o monitoramento das desigualdades de saúde, conhecido como uma prática de “vigilância em saúde”. Ampla literatura trata, de forma analítica, sobre os indicadores de morbidade entre os estratos socioeconômicos, raciais e de gênero, ao considerar variáveis de tempos e geografia, apontando fatores de risco e de proteção que incidem em diferentes níveis sobre os estratos sociais, o que aumenta as desigualdades em saúde. Nessa perspectiva, torna-se necessário pensar sobre as políticas de saúde, incluindo necessariamente a oral, tanto pelo efeito global exercido sobre a saúde coletiva, como pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde.

Conforme Ferreira e Narvai (2010|), duas importantes intervenções em saúde bucal foram expandidas por todo o País nos dois últimos decênios, considerando como diretriz o princípio constitucional da universalização das ações e serviços. Na saúde bucal, a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS, que superou a restrição desse atendimento assistencial ao grupo materno/infantil, como foi dito. As mencionadas políticas públicas são exemplos importantes de intervenção que deu certo, mesmo não atingindo a população em sua totalidade. Inicialmente, em razão da impossibilidade de implementação do atendimento odontológico público universal, estabeleceram-se alvos prioritários para o direcionamento de recursos, como o tratamento de gestantes e crianças, serviços especializados com fornecimento de prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica, priorizando o atendimento de urgência. O serviço também incluiu a promoção da educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos.

Ainda em consonância com Ferreira e Narvai (2010), o custo de fornecer atendimento odontológico universal é extremamente elevado. O sistema de saúde brasileiro, embora vasto, enfrenta limitações orçamentárias significativas. A alocação de recursos precisa ser equilibrada entre diversas áreas da saúde, e a odontologia, embora importante, compete com outras necessidades urgentes e críticas. Vale dizer que, se bem distribuído ou direcionado para onde deve, há recurso para implementação de ações simples, a baixo custo, com ampla aplicação e resultados positivos, como aquele que desenvolvemos.

Compreendemos que o Brasil é um país de grande extensão territorial com consideráveis desigualdades regionais. As regiões mais carentes, como o Norte e o Nordeste, possuem infraestrutura deficiente e menor acesso a serviços de saúde de qualidade. A distribuição desigual de recursos e profissionais de saúde dificulta a implementação de um sistema universal de atendimento odontológico. Há uma escassez de dentistas e outros profissionais de saúde bucal em muitas regiões, especialmente nas áreas rurais e remotas. A formação, contratação e retenção desses profissionais em áreas menos desenvolvidas representam um desafio contínuo.

A demanda por serviços odontológicos no Brasil é muito alta, devido a uma prevalência significativa de doenças bucais, como cáries e periodontites. Atender a toda a população de forma universal exigiria um aumento maciço na capacidade de atendimento, o que não é viável com os recursos atuais. Em um sistema de saúde pública as prioridades são frequentemente estabelecidas com base na urgência e gravidade das condições de saúde. Problemas odontológicos, embora importantes, podem ser vistos como menos urgentes em comparação com doenças infecciosas, crônicas ou emergências médicas, o que leva à alocação de recursos para áreas consideradas de maior prioridade (Spezzia; Cavalheiro; Trindade, 2015).

Esses fatores, combinados, tornam a implementação de um sistema de atendimento odontológico público universal inviável no contexto atual do Brasil. Em vez disso, o país tem optado por estratégias focadas e priorizadas, direcionando recursos para grupos vulneráveis e serviços essenciais, com o objetivo de maximizar o impacto positivo dentro das limitações existentes.

Essas políticas ampliam-se a cada ano com indicativos favoráveis quanto a seu efeito de redução das desigualdades em saúde bucal. A fluoretação da água de abastecimento público é uma estratégia importante de intervenção sobre os determinantes populacionais da cárie dentária, responsável pela redução dos indicadores das doenças dentárias no país. Sua adoção e expansão, entretanto, não atingiu, como mencionado, a amplitude universal almejada, quando de sua implantação, embora as dificuldades operacionais calculadas no início continuam a ser vencidas por políticas públicas recentes.

Ferreira e Narvai (2010) asseveram que quando intervenções de saúde pública são introduzidas sem planejamento estratégico para permitir a universalização dos benefícios, ou para direcionar recursos adicionais aos grupos com maiores necessidades, acabam por obter o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde. Corrigir essa distorção demanda o esforço organizado da sociedade por meio da ação do Estado. Ao ressaltar o problema do aumento da desigualdade na experiência de cárie associado à forma como a fluoretação das águas foi sendo implementada, pretendemos apontar com nosso trabalho que, como alertou o nosso atual presidente, levar a educação em saúde bucal para as escolas é uma forma de contribuir para o planejamento mais eficiente das iniciativas públicas.

Conquanto seja pouco provável a universalização imediata dessas políticas, podemos considerar a adoção de estratégias direcionadas para um foco específico, preferencialmente para uma área mais vulnerável, contribuindo, de fato, para a redução das cáries, principalmente se o foco estiver nas crianças.

A saúde bucal na primeira infância, sabemos, tem sido umas das áreas prioritárias na implementação de estratégias de intervenção, tendo em vista que é na faixa etária até cinco anos que se observam poucas melhorias dos indicadores de saúde bucal nas últimas décadas. A Cárie na Primeira Infância (CPI) é incidente em aproximadamente seiscentos milhões de crianças no mundo e pode repercutir na vida adulta do sujeito.

A carga das doenças dentárias está altamente concentrada em populações socialmente desfavorecidas, especialmente no Nordeste brasileiro, uma das regiões mais empobrecidas do país. Quadro que pode ser controlado, ou evitado, com ações nas escolas.

Segundo a pesquisa Saúde Bucal SB Brasil 2010, A cárie dentária é uma doença comum que impacta a saúde bucal das pessoas em diversas partes do planeta. No território brasileiro, a avaliação das variações regionais torna-se fundamental para compreender as divergências no índice CPO (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e para criar estratégias de intervenção eficazes. Ao confrontar as médias do índice CPO aos 12 anos de idade em diferentes regiões naturais do Brasil, notam-se discrepâncias significativas:

- Região Norte: 3,16
- Região Nordeste: 2,63
- Região Centro-Oeste: 2,63
- Região Sudeste: 1,72
- Região Sul: 2,06

Os estados do Norte e Sudeste evidenciam os extremos em relação ao índice CPO, com a Região Norte registrando uma média de 3,16 e a Região Sudeste com 1,72. A discrepância percentual entre essas duas áreas totaliza cerca de 84%. Essa desigualdade aponta para uma diferença significativa na incidência de cáries entre as diversas regiões do Brasil.

As consequências das disparidades revelam uma quantidade menor de dentes restaurados em relação ao CPO total na Região Nordeste, em comparação com a Região Sudeste, indicando uma restrita disponibilidade aos serviços odontológicos. Essa situação é especialmente alarmante, já que um maior índice de problemas bucais associado a uma menor possibilidade de tratamento pode resultar em consequências mais graves para a saúde bucal.

Dados sobre a Saúde Básica apontam que em 2010 a disparidade na prevalência de cárie dentária entre as diversas regiões do Brasil aos 12 anos de idade já era alarmante. É crucial que medidas sejam tomadas para reduzir essa desigualdade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, que enfrentam os piores índices. O acesso aos serviços odontológicos e políticas públicas mais eficazes são essenciais para melhorar essa situação.

A atenção à saúde bucal nos primeiros anos da pessoa desempenha papel decisivo na articulação e promoção de intervenções. Estratégias de educação em saúde que priorizem esse período singular da vida representam uma boa oportunidade para integrar intervenções eficazes e a baixo, ou nenhum custo, com os programas públicos atuais de saúde, ou iniciativas de voluntários que podem fazer a diferença na vida das crianças. É no contexto da ESF que a atenção à saúde infantil se consolida como linha de cuidado por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na puericultura. Ademais, crianças que recebem bolsa família ou auxílio governamental de transferência de renda estão em maior situação de vulnerabilidade aos problemas bucais e, conseqüentemente, acessam mais os serviços.

Apesar da consciência da relevância da saúde bucal para a pequena infância, são escassos os estudos que utilizaram instrumentos que verifiquem como se encontra a saúde bucal das crianças e que o resultado se desdobre em ações educativas para reduzir o problema de saúde. Um olhar sensível à saúde da criança incentivou-nos à realização deste estudo, com o objetivo de tomada de decisão frente ao resultado da observação.

Para além da constatação da saúde bucal das crianças da escola selecionada e divulgação dos resultados entre os pares, o resultado serviu de instrumento para identificação de lacunas nos cuidados de saúde bucal das crianças, com vistas a promover conhecimentos na área de promoção da saúde oral, assim como resolver práticas de cuidados orais para sanar as fragilidades nos saberes, comportamentos inadequados de alimentação e de escovação,

instituindo boas e constantes práticas de cuidados com a saúde bucal para melhoras na qualidade de saúde geral e de vida.

Conforme publicação do governo, o Programa Brasil Sorridente vem transformando a vida de milhões de brasileiros mediante a oferta de serviços odontológicos gratuitos. Ele está ligado a diversas ações e programas do Ministério da Saúde, como o Programa Saúde na Escola, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Saúde do Trabalhador, Vigilância ambiental, entre outras já mencionadas. Ademais, apresenta ações voltadas para a qualificação de gestores e profissionais de saúde e para a educação em saúde oral da população.

Comungamos com o pensamento de Farias (2016), quando afirma que a intersectorialidade se fundamenta numa prática integradora de ações de distintos setores, que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos e metas, e desenvolvendo estratégias conjuntamente. Portanto, no que se refere à saúde Bucal, a colaboração entre os Ministérios da Saúde e Educação é imprescindível.

2.3 Construindo o campo da pesquisa: da fundamentação teórica à metodologia

Para desenvolver esta pesquisa, realizamos uma revisão bibliográfica de textos acadêmicos e de pesquisas que versam sobre o tema, assim como dos teóricos que os embasaram, metodologias utilizadas, possibilidades de execução, também sobre suas limitações, com vistas a refletir sobre os aspectos educativos que ainda desafiam aqueles que intencionam implantar programas de saúde bucal nas escolas.

Com base em Thiollent (1997), essas reflexões conduziram-nos para uma metodologia inicialmente diagnóstica através da observação participativa com viés etnográfico que desaguou na pesquisa-ação, por se tratar de uma pesquisa social com embasamento empírico, concebida e realizada em coletivo, de forma cooperativa. Por ser um método de pesquisa aplicada, orientada pela elaboração de diagnóstico, identificação do problema coletivo e busca de solução coparticipativa, apresentou-se como a metodologia que melhor nos ajudaria a elucidar o problema, uma vez que, por envolver pesquisadora e participantes representativos da situação, a partir da identificação do problema, verifica-se a necessidade de elaborar, coletivamente, a solução. Lindgren, Henfridsson e Schultze (2004) caracterizam a pesquisa-ação como um método intervencionista que permite ao pesquisador testar hipóteses sobre o fenômeno de interesse, implementando e acessando as mudanças no cenário real.

A Escola Municipal Miguel Mirante compõe uma rede de Apoio Social que recebe estudantes de todas as localidades circunvizinhas ao povoado, funciona diuturnamente, oferecendo turmas de educação infantil e ensino fundamental completo, no regime de tempo integral. Os estudantes têm acesso à escola ora pelo deslocamento a pé, ora por meio do transporte escolar municipal.

A rede de apoio social é imprescindível para a motivação dos alunos em relação à higiene bucal. Essa rede inclui a influência positiva de professores e funcionários, interações construtivas com colegas, o envolvimento ativo dos pais, parcerias com a comunidade, programas educacionais e um ambiente escolar inclusivo e de apoio. Ao fortalecer esses componentes, as escolas podem promover e sustentar hábitos saudáveis de higiene bucal entre os alunos do ensino fundamental, contribuindo para uma melhor saúde bucal a longo prazo.

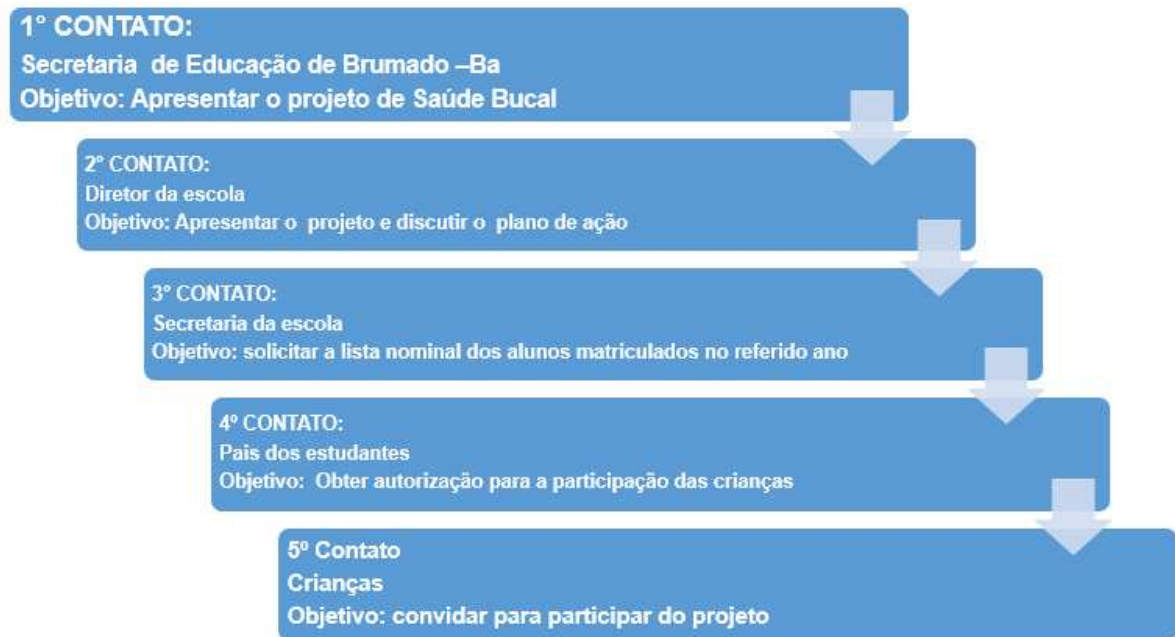
A infraestrutura da unidade educacional atende aos critérios de acessibilidade de pessoas com deficiências, conta com serviço de internet banda larga e oferece a seguinte estrutura a sua comunidade estudantil: dez salas de aula climatizadas, refeitório, cozinha com despensa, biblioteca, quadra esportiva coberta, auditório, pátio coberto e descoberto, sala de professoras(es), sanitários, sala de administração e secretaria conjugadas.

Quanto ao corpo técnico-profissional é composto por 12 docentes com pós-graduação e cinco servidoras(es) de apoio e cozinha.

2.3.1 Primeiros Contatos

Para a realização desta pesquisa, antes de adentrar o espaço escolar, foram estabelecidos contatos formais para apresentação do estudo e seus propósitos. A Figura 1, a seguir, detalha a cronologia desse momento inicial, quando nos comunicamos com a Secretaria de Educação de Brumado-BA, o diretor da instituição de educação, a Secretaria escolar, os pais dos alunos e, por fim, os estudantes.

Figura 1 - Cronologia de contatos para realização da pesquisa



Fonte: Anotações da pesquisadora.

O primeiro contato com a Secretaria de Educação de Brumado-BA foi feito de forma verbal, com o propósito de apresentar o projeto de educação em saúde bucal numa das escolas da rede municipal de ensino e solicitar permissão para a sua realização. Dado o consentimento, a escola foi selecionada conforme indicação da secretaria. Desse modo, firmamos uma parceria entre a instituição escolar e a unidade de saúde do povoado onde se localiza a escola selecionada.

A Escola Municipal Miguel Mirante está situada no povoado Arrecife, lotada no espaço rural e distante, aproximadamente, 50 Km do perímetro urbano de Brumado, cidade do Alto Sertão da Bahia. É importante ressaltar que o município apresentou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,656, no ano de 2010, enquanto o Índice de Desenvolvimento da educação básica (IDEB) para os anos iniciais do ensino fundamental, no ano de 2019, foi 6,1 (IBGE, 2022).

A análise dos indicadores como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) fornece uma visão sobre a qualidade de vida e a educação no município em comparação com os dados nacionais. A seguir, apresentamos os dados de 2010 descritos nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - IDH em Brumado, na Bahia e no Brasil (2010)

IDH de Brumado em 2010	
Valor	0.660 (classificação média)
Educação	0.560
Longevidade	0.810
Renda	0.610
IDH da Bahia em 2010	
Valor	0.660 (classificação média)
Educação	0.512
Longevidade	0.780
Renda	0.611
IDH Nacional em 2010	
Valor	0.727 (classificação alta)
Educação	0.637
Longevidade	0.816
Renda	0.739

Fonte: IBGE (2010).

Quadro 2 – IDEB em Brumado, na Bahia e no Brasil (2010)

IDEB de Brumado em 2010	
Ensino Fundamental – Anos Iniciais (5º ano)	4.5
Ensino Fundamental – Anos Finais (9º ano)	3.7
IDEB da Bahia em 2010	
Ensino Fundamental – Anos Iniciais (5º ano)	3.9
Ensino Fundamental – Anos Finais (9º ano)	3.1
IDEB Nacional em 2010	
Ensino Fundamental – Anos Iniciais (5º ano)	4.6
Ensino Fundamental – Anos Finais (9º ano)	4.0

Fonte: IBGE (2010).

Os indicadores de Brumado em 2010 mostram uma situação de desenvolvimento humano e educacional com pontos positivos e desafios. Comparado à Bahia, Brumado se destaca na educação, especialmente nos anos finais do ensino fundamental. No entanto, ambos estão abaixo da média nacional. Em termos de longevidade, Brumado e a Bahia estão abaixo

do índice nacional, mas Brumado apresenta uma leve vantagem. Com relação à renda, tanto Brumado quanto a Bahia enfrentam desafios econômicos maiores em comparação com a média nacional. Esses dados sugerem que, apesar de algumas áreas de destaque, Brumado e a Bahia necessitam de políticas focadas na melhoria da educação e na redução das desigualdades econômicas para promover um desenvolvimento mais equitativo.

No que se refere ainda à cronologia dos contatos, em seguida, agendamos um encontro com o diretor da escola, a fim de apresentar o projeto e discutir o plano de ação e a proposta do cronograma das atividades a serem desenvolvidas durante o ano letivo de 2023, de forma a estabelecer uma relação amistosa e de corresponsabilidade. Primeiramente, ouvimos as sugestões da direção quanto ao cronograma, de modo a adequá-lo ao calendário letivo e consideradas as agendas de avaliações das professoras. Após análise das disponibilidades de ambos, pesquisadora e professores, o cronograma adaptado às necessidades foi atendido.

Na mesma semana, procuramos a secretaria da escola e solicitamos a lista nominal dos alunos matriculados no ano de 2023, assim como verificamos as instalações dos recursos disponíveis para a execução do projeto, entre eles a infraestrutura: salas de aula, cantina, banheiros, pátio, quadra de esporte e recursos audiovisuais.

Dos 187 alunos matriculados naquele ano, foram selecionadas para participar da pesquisa em saúde bucal 75 crianças, que frequentavam os anos iniciais do ensino fundamental, do primeiro ao quinto ano, na faixa etária compreendida entre seis e doze anos de idade, distribuídos por cinco turmas que permaneceram durante todo o programa e fizeram parte da amostra da pesquisa. Em termos de metodologia de pesquisa, a amostra é o subconjunto da população total que é selecionado para participar do estudo. 75 alunos que participaram efetivamente constituem a amostra.

Vale ressaltar a importância do estabelecimento do contrato de confiança entre pesquisador e participantes da pesquisa. Assim, li o texto *Um Jogo Absorvente: notas sobre a Briga de Galo Balinesa*, de Clifford Geertz (2008), que muito contribuiu para esse primeiro contato. O texto versa sobre como começar o processo de inserção em campo e sobre o estabelecimento do vínculo com os sujeitos, bem como o incômodo inicial compartilhado pela maioria dos pesquisadores. Ele nos ensina como lidar com essa dificuldade, demonstrando abertura, disponibilidade e acessibilidade do outro para que se tome a iniciativa sem jamais forçar a aproximação. Em nossa pesquisa, como o sujeito é criança, essa aproximação foi, necessariamente, mais cuidadosa, embora as crianças sejam menos desconfiadas que os adultos e se aproximem mais rapidamente.

O mais importante, talvez, nos primeiros contatos de imersão no campo, fosse mesmo sentir o lugar, observar o espaço/ambiente, ouvir as crianças e buscar compreender as suas expectativas e movimentos, porque é preciso considerar que nossa presença interfere, sobremaneira, no contexto da pesquisa, seja ela onde for e quais participantes estejam envolvidos no processo.

A observância à ética foi fundamental para realizar os contatos e estabelecer os vínculos necessários. Principalmente, em razão de os participantes serem crianças; além do consentimento da escola e dos pais, fez-se necessário, em nosso entendimento, o aceite das crianças. Assim compreendido, após esses primeiros contatos para estabelecimento do vínculo de confiança entre pesquisadora e os sujeitos, iniciamos a pesquisa.

2.3.2 A pesquisa-ação

A partir de então, a conversa se estendeu para o corpo diretor, com a finalidade de saber o que a escola possuía material pedagógico que pudéssemos usar para as aulas teóricas e práticas. A pesquisa foi se configurando como uma pesquisa-ação em razão da necessidade das crianças e da capacidade formativa da pesquisadora.

As pesquisas em que o trabalho de campo é necessário, e nas quais se estabelecem relações entre pesquisador e participantes, a descrição e a reflexão sobre essas relações estabelecidas podem trazer discussões importantes para a academia, tão relevantes quanto os resultados da própria investigação. Mas é necessário advertir que o enfoque nas relações é uma perspectiva metodológica relativamente nova nas ciências da saúde; o fato deve-se à crença de que o conhecimento de critérios ortodoxos de cientificidade é mais revelador que posturas teórico metodológicas que privilegiam as relações humanas como objeto da investigação científica.

A pesquisa-ação, conforme Thiollent (1997), configura-se num tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação, ou solução de um problema coletivo em que os pesquisadores e os participantes representativos da situação, ou problema, estão intimamente envolvidos. Trata-se de uma pesquisa aplicada, orientada para a elaboração de diagnóstico, identificação de problemas e busca de soluções. Não basta ao pesquisador observar os atores envolvidos na geração de conhecimentos, é preciso se envolver e assumir a responsabilidade de aplicar o aprendizado.

Em conformidade com Eden e Huxham (2001), este tipo de pesquisa aplica-se aos problemas em que é necessário coletar dados mais significativos e sutis, os quais se tornam

mais acessíveis na medida em que ela propicia ampla inserção do pesquisador no contexto da pesquisa, assim como o seu envolvimento com os demais membros da instituição pesquisada, em torno de um interesse comum.

Segundo Stringer (1996), a pesquisa-ação compreende três fases principais: observar, para reunir informações e construir um cenário; pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e agir, implementando e avaliando as ações. Thiollent (1997) a divide em quatro etapas, a saber: fase exploratória, fase principal, fase de ação e fase de avaliação. A divisão da pesquisa-ação em quatro fases pareceu-nos mais adequada ao nosso intento.

Na primeira, **Fase Exploratória**, segundo o autor podemos utilizar um ou vários instrumentos de pesquisa, como o questionário, a entrevista, as oficinas e outros. Decidimos pela realização de questionário com a equipe diretiva e professores e rodas de conversa com as crianças, tendo por objetivo constatar como era feita, e se era feita com regularidade, a higiene bucal.

Esta etapa mostrou-se de grande relevância por encaminhar as fases subsequentes da pesquisa, e por possuir um aspecto interno, que diz respeito ao diagnóstico da situação-problema e das necessidades dos participantes, assim como o comprometimento da pesquisadora e do grupo diretivo da escola. Também um aspecto externo, cujo objetivo foi divulgar o produto resultante da pesquisa para os interessados, como foi explicado para os responsáveis pela escola. Por esta pesquisa nascer de um mestrado profissional é imprescindível que dela resulte um produto que possa ser utilizado por outros agentes e em outros contextos, daí a ser pensado desde a inserção na pesquisa.

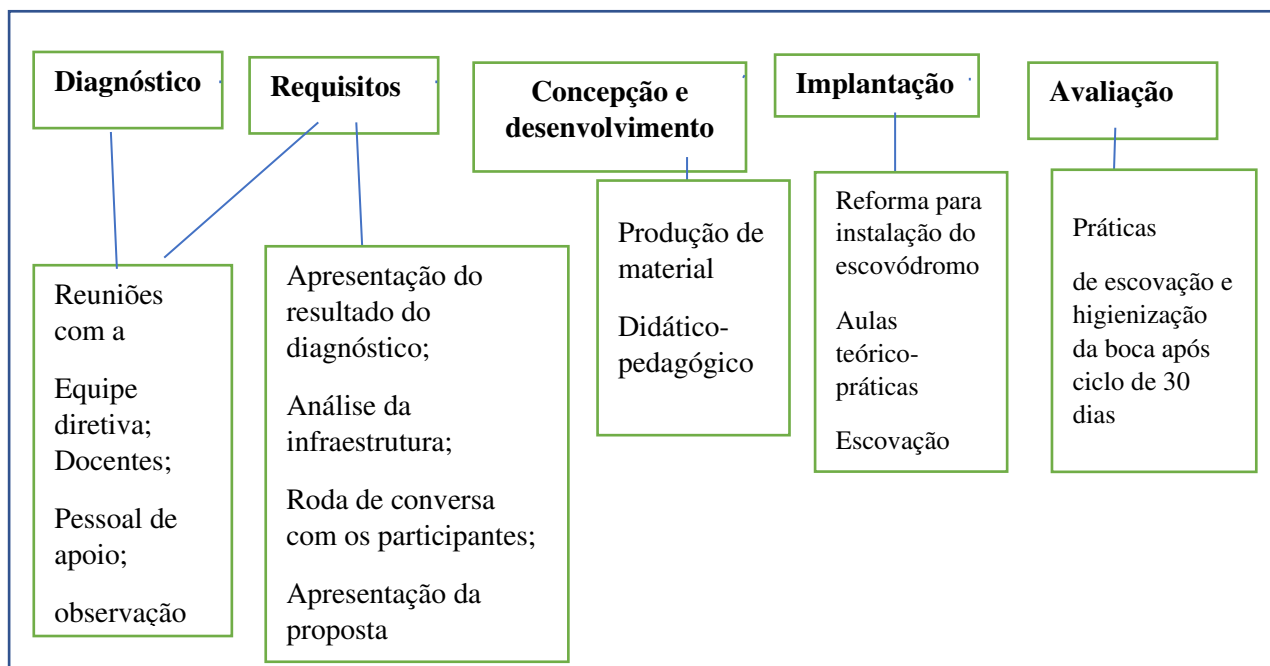
No momento em que houve o diagnóstico sobre a realidade das crianças no que tange à saúde bucal, foram organizadas as oficinas temáticas, **Fase principal**, com o objetivo de transmitir aos estudantes a parte teórica do tema, tudo de forma bastante lúdica. Essas oficinas visaram preparar as crianças para, conhecendo sobre as partes da boca, as doenças que a falta de higiene pode causar, as formas de prevenção, sobre a importância de evitar certos alimentos, passarem a realizar a higiene bucal com frequência e adequadamente. Essas atividades foram operacionalizadas nas salas de aula, ministradas pela pesquisadora odontóloga com a participação da docente responsável pela turma e as crianças.

As principais funções da pesquisadora foram: 1) a escolha e sequência dos temas e problemas prioritários a serem estudados; 2) a elaboração da problemática na qual foram tratados os problemas e as correspondentes hipóteses da pesquisa; 3) coordenação das atividades em sintonia com os participantes, o trabalho planejado e as ações formativas; 4) a organização das informações provenientes de diferentes fontes; 5) a busca de soluções e

propostas de ação; 6) o acompanhamento de ações implementadas; 7) a interpretação e avaliação de resultados; e 8) a divulgação do produto, resultado da pesquisa, pelos canais apropriados.

Logo que os dados coletados foram suficientes, processamos as informações e resultados, assim como a sua divulgação na escola, com o objetivo de propiciar um “autoconhecimento” sobre as questões problemas que seriam tratadas. Como nossa pesquisa não teve a estatística como referência, mas as narrativas, não houve necessidade de tabelas, ou gráficos, apenas descrição dos eventos e, para facilitar a visualização das atividades, apresentamos o plano de pesquisa na Figura 2, a seguir.

Figura 2 - Plano da Pesquisa



Fonte: Anotações da pesquisadora.

Dando sequência à prática desta pesquisa e com base nas rodas de conversa (fase exploratória), elaboramos e propusemos novas formas de tratar a saúde bucal no cotidiano da escola em questão, com a definição dos requisitos necessários à sua implementação. Foi prevista a construção de um escovódromo, onde as crianças pudessem escovar os dentes após a merenda escolar, a fim de que a prática de escovação fosse avaliada e estendida para a família. Desta forma, a **Fase de Ação** pôde ser iniciada com maior convicção da contribuição prática que o trabalho desta pesquisa poderia trazer. Esta fase talvez tenha sido a mais prazerosa para as crianças. Para nós, foi importante, pois, apoiadas em Thiollent (1997), com base nas etapas

anteriores, pudemos divulgar os resultados, definir os objetivos atingíveis por meio de ações concretas, apresentar propostas e implementar “ações-piloto”.

Na **Fase de Avaliação**, tão importante quanto as etapas anteriores, é que avaliamos o que foi positivo na pesquisa e implementação da ação, assim como as ações que não obtiveram resultados significativos, fosse pela falta de melhor planejamento, fosse por implementação inadequada aos sujeitos ou contextos. Optamos por valorizar o que deu certo, fortalecendo, ampliando e divulgando o produto, para que a partir da ação piloto fosse acolhida pela equipe diretiva e participantes. A escola mostrou-se receptiva à proposta desde seu início, abrindo suas portas e colocando à nossa disposição tudo que fosse necessário e que a instituição tivesse condições de oferecer e, após as ações, comprometeu-se a dar sequência, assim como divulgar entre outras escolas da região.

2.3.2.1 Fase Exploratória: diagnóstico e hipóteses

A aproximação com as crianças foi feita no intervalo, quando, em parceria com as professoras das turmas, realizamos algumas brincadeiras e jogos. Após esses contatos com as crianças e por respeito ao cronograma da unidade educacional e à programação docente, marcamos duas rodas de conversa, com duração de uma hora cada. A primeira com o objetivo de saber sobre hábitos de higiene bucal e a segunda para saber se as crianças participaram de algum programa de prevenção de doenças orais, fosse na escola, fosse na família.

As rodas de conversa foram determinantes para o diagnóstico e levantamento de hipóteses, assim como as narrativas foram e são suportes para o trânsito de informações entre as gerações desde os tempos remotos. A conversa em grupo foi um espaço informativo/formativo de troca de saberes e experiências entre pesquisador e participantes, elaborando opiniões, abrindo ou modificando caminhos a percorrer, razão pela qual a roda tornou-se instrumento de produção de diagnóstico e levantamento de hipóteses para nossa pesquisa. Elas se apresentaram como uma possibilidade relevante, também, para reviver o prazer da troca e de produção de dados sobre o contexto familiar, condições socioeconômicas, ricas em conteúdo e significado, principalmente porque toda criança gosta de ouvir e de contar histórias.

Para que as rodas de conversa fluíssem foi necessária a criação de um ambiente favorável ao diálogo no intuito de que todas as crianças se sentissem à vontade para escutar e falar, de forma que o dito fosse relevante, inclusive para despertar a atenção e escuta. As questões não foram introduzidas abruptamente nas rodas de conversa, iniciamos a primeira roda

organizando, conjuntamente, o espaço para que todas as crianças se sentissem confortáveis e confiantes. Os interlocutores foram se acomodando, conforme o bem-estar de cada um e conversavam paralelamente aos sussurros. Iniciamos com uma dinâmica de apresentação e abrimos para um bate-papo descontraído com temas que eram comuns às crianças, como brincadeiras, jogos, uso de celular (tema inserido pelas crianças), atividades da escola, o que gostavam, ou não, de fazer na instituição e, em seguida, apresentamos a pesquisa e sua metodologia, inquirindo se gostariam de participar desta.

Após a aprovação das crianças, fizemos algumas perguntas entre os comentários que se seguiam: Vocês sentem dor de dente? Alguém já cuidou de seus dentes? Vocês escovam os dentes com regularidade? Alguém aqui na escola já ensinou vocês sobre escovação e os cuidados com a saúde da boca? À medida que as perguntas eram feitas, a conversa ia tomando uma dimensão mais profunda, fornecendo informações significativas para nossa pesquisa.

O objetivo da inquirição foi conhecer as práticas cotidianas de escovação, se havia uso de escova e creme dental e se o fio dental era utilizado, em casa ou na escola. A discussão sobre esta questão possibilitou o levantamento de que poucas crianças escovavam os dentes com regularidade, mesmo porque muitas delas sequer possuíam escovas ou tinham contato com creme dental. Aquelas que tinham o hábito de escovar não o faziam de forma correta e apenas uma vez por dia. Não nos preocupamos em anotar o número certo de quantas crianças realizavam desta ou daquela maneira, porque o foco não estava na quantidade, mas no conhecimento e na qualidade da ação.

Essa interação promoveu o diálogo complementar às narrativas anteriores, resultando numa compreensão mais significativa do momento. Segundo Warschauer (2001, p. 179), “[...] refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar [...]”. Para atingir o objetivo de prevenção, foi necessária adaptação das ações de acordo com a população para a qual a informação foi dirigida conforme alertam Iglesias (2018) e outros pesquisadores, já que os estilos e visão de mundo e vida são heterogêneos e os conhecimentos, valores, crenças e práticas vinculam-se a fatores biológicos, econômicos e sociais distintos. As crianças, ao se inserirem na malha da conversa, enfrentaram e resolveram diferenças, melhoraram a capacidade de argumentação lógica, o respeito, aprenderam a ouvir e a aguardar a sua vez de falar.

Quando os sujeitos envolvidos se sentem à vontade e percebem pontos em comum criam empatia. Dessa maneira, criamos vínculos de confiança necessários para o diálogo, por esta razão na segunda roda de conversa não houve necessidade de explicação inicial, as crianças sabiam o porquê de estarem ali para colaborar. Iniciou-se com algumas questões: quem já foi ao dentista? Por que precisou ir? Alguém vai regularmente ao dentista para avaliar a dentição,

ou somente quando sentem dor? O dentista, ou alguém na escola, ensina vocês sobre a boa/má alimentação e os perigos das doenças bucais? O objetivo dessa discussão foi ampliar a conversa iniciada na primeira roda para compreender se as crianças realizavam uma boa alimentação, fosse em casa, fosse na escola, e se frequentavam regularmente o dentista, ou se iam ao dentista apenas em caso de sentirem dor, portanto uma ação curativa e não preventiva. Nossa hipótese era de que as crianças não passaram por nenhuma formação sobre saúde bucal, formas de prevenção e alimentação prejudicial à saúde, considerando todo o contexto socioeconômico, o que foi confirmado pelas narrativas das crianças nas rodas de conversa.

Na roda, relataram que se sentiam tristes por terem os dentes podres; que os doentes doíam e que outras crianças diziam que a boca deles fedia, que não tinham escova de dentes e os pais não compravam pasta porque eram pobres; que nem os pais escovavam os dentes; e que na escola nunca escovaram, entre outras afirmações negativas. Este instrumento de pesquisa mostrou-se relevante para compreender como as crianças se sentiam em relação a si mesmas frente à saúde bucal e para confirmar nossa hipótese.

A escolha deste tipo de pesquisa, deu-se em função de melhor compreender nosso objeto de estudo, posto que a pesquisa qualitativa “[...] é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano” (Creswell; Creswell, 2021, p. 26); é por adentrar o mundo dos significados das ações e das relações humanas que se revestem de critérios de observação e análise, por meio dos quais é possível desvendar seus sentidos e suas significações. Pensar a roda de conversa como instrumento metodológico exploratório demandou considerar que o diálogo construído pode representar o pensar e o falar de “[...] indivíduos com histórias de vida diferentes e maneiras próprias de pensar e de sentir, de modo que os diálogos, nascidos desse encontro, não obedecem a uma mesma lógica” (Warschauer, 2002, p. 46).

Esses aspectos, conforme defendem Oliveira e Geraldi (2010), potencializam a contribuição da narrativa para a compreensão amplificada do que é e do que pode ser a realidade social. Em nosso caso, a saúde oral na escola selecionada, invisibilizada a “olho nu” e escamoteada pelos regulamentos do cientificismo moderno e hierarquia estabelecida entre teoria e prática e dos textos produzidos segundo tais ditames. Como nos faz lembrar Paulo Freire: teoria e prática estão imbricadas.

Terminadas as rodas, registrávamos as respostas relevantes para a pesquisa e nossas impressões observadas na expressão corporal das crianças. Por meio das narrativas, constatamos que algumas delas sequer tinham escova de dentes e, portanto, não praticavam a escovação; a parte que escovava só o fazia apenas uma vez por dia, nem sempre de modo

regular, tampouco de forma adequada e, como consequência, procuravam o dentista apenas quando sentiam dor.

2.3.2.2 Fase Principal: elaboração de um plano de ação

Referendadas no diagnóstico sobre a situação da saúde bucal das crianças na escola lócus da pesquisa, voltada muito mais para o atendimento curativo do que para a prevenção, fomos impulsionadas à elaboração da questão problema que nos direcionou a pensar num plano de ação: como formar crianças da educação básica, implementando práticas de atenção à saúde bucal, para a prevenção e cuidados com sua saúde integral? Questão já mencionada no início deste texto.

Confirmada a nossa hipótese de que algumas crianças não realizavam a higiene bucal em suas casas ou, quando a realizavam, não o faziam de modo adequado, apresentamos nossa proposta de ensiná-las sobre a higienização bucal, sobre as doenças causadas pela falta de cuidado e/ou a escovação inadequada. Também discutimos sobre como realizar ações práticas com vistas a demonstrar como executar corretamente a escovação, de forma lúdica e divertida. Tudo foi discutido e acordado com os participantes e o grupo diretivo da escola.

Em síntese, a hipótese de que as crianças não recebiam orientações em saúde bucal da secretaria de educação e nem da secretaria de saúde foi confirmada, assim como as crianças não eram educadas sobre a importância da boa alimentação para a saúde bucal, tampouco havia uma prevenção quanto às doenças orais, a saúde bucal era curativa, quando ocorriam dores intoleráveis ao paciente, e as crianças com dentição provisória se livravam dos dentes com soluções caseiras, evitando gastos com o profissional: “minha mãe amarra um barbante no meu dente e puxa” ; “a minha amarra também no dente e na maçaneta da porta e bate a porta [risos das crianças]”, “eu joga o dente no telhado pra fada do dente dar um novo pra mim”; “fada do dente não existe, bobo [as crianças riem, inclusive o menino que mencionou jogar o dente para a fada]”. A conversa despertou a memória, conduziu à discussão e permitiu a reflexão. Lembranças boas e outras pouco prazerosas foram compartilhadas e discutidas. A partilha despertou interesse e fez nascerem vínculos de confiança que levaram a compartilhar experiências comuns. O bate-papo fluíu. A roda de conversa e sua idiossincrasia conduziram a pesquisa e tornaram possível a compreensão de significados que, talvez, não viessem à tona se não fossem despertados pelo interesse no diálogo.

Na sequência, procedemos à análise interpretativa e crítica dos achados mais relevantes para compreender o objeto de estudo. Além das falas sobre a saúde oral, da observação das

expressões corporais dos participantes, sujeitos da nossa pesquisa, era necessário pensar que suas memórias individuais pertenciam também a uma coletiva. Ao considerarmos o contexto sócio-político e econômico que os aproximava e os unia num grupo de similaridades oriundas das condições contextuais em que viviam, foi possível, destarte, perceber aquilo que era de pertença do grupo e aquilo que era próprio de cada sujeito. Compreendemos, por fim, que elas pouco poderiam fazer sem colaboração.

As crianças pertencentes a povoados e vilas rurais necessitam de políticas públicas para se desenvolverem plenamente, mas nem sempre essas políticas as alcançam, pois raramente saem do papel e quando saem, geralmente se concentram nas cidades e não atingem a todos com a mesma força. A maioria das famílias do Nordeste rural, onde a seca castiga as terras, vive do Programa Bolsa Família, muitas vezes insuficiente para a alimentação básica dos filhos. Pensar em alimentação própria para a saúde oral é quase uma utopia; quanto à saúde preventiva para evitar os danos que a não higienização bucal pode causar é possível e estava ao nosso alcance realizar.

2.3.2.3 Fase da Ação: arregaçando as mangas

Na etapa anterior, pensamos o plano de ação: primeiro a realização de oficinas, com o objetivo de dar a conhecer aos estudantes sobre as partes da boca e suas funções; discutimos sobre cada grupo dentário e o papel que cada grupo desempenha na alimentação e no processo digestivo; sobre as doenças que a falta de cuidado com a higiene oral pode causar; como proceder a correta escovação e retirada de restos de alimento com o fio dental e encerramos com a teoria que envolve a boa e a má alimentação para a formação dentária e a saúde futura dos dentes permanentes.

As atividades dessa fase constaram da elaboração de diferentes materiais didático-pedagógicos para as oficinas, como, por exemplo, a confecção de fantoches, dedoches, luvoches, cenários para encenação de histórias, fantasias para dramatizações e confecção de várias macroesculturas (dentes, arcada dentária).

Essas oficinas eram compostas por parte teórica sempre acompanhada de jogos e atividades lúdicas, que prendiam a atenção dos estudantes para o conteúdo, e a participação era vigorosa. Assim como foram planejadas atividades práticas para a aprendizagem da escovação. Para tanto, foi construído um escovódromo no pátio da escola, ambas atividades, oficinas e escovação, serão descritas, com detalhes, no capítulo posterior. Para dar corpo ao pensado foram necessárias discussões com os envolvidos, planejamento das atividades, confecção dos

materiais didático-pedagógicos e projeto simples de arquitetura para averiguar a melhor forma de implementação do escovódromo. Tais realizações necessitaram do apoio da equipe diretiva, docentes das turmas e funcionários da escola, imprescindível para dar continuidade à prática ali iniciada mesmo depois do afastamento da pesquisadora, ao final da pesquisa-ação.

A divulgação dos resultados, não ficou restrita aos participantes da investigação. Por se tratar de uma pesquisa no âmbito do Mestrado Profissional, uma das exigências é que os estudos resultem num produto educacional que fique à disposição do público para ser adotado, ampliado ou melhorado, segundo necessidade e interesse dos receptores. Tudo se dá com a expectativa de que haja melhoria dos aspectos estudados, assim como contribuição da pesquisa para a formação na Educação Básica.

2.3.2.4 Fase da Avaliação: rever o feito e refletir para melhorar os resultados

Para esta etapa final do processo da pesquisa-ação foi necessário considerar dois objetivos principais: verificar os resultados das ações na escola e suas consequências a curto prazo, bem como extrair delas ensinamentos úteis para dar continuidade a essa experiência, aplicando-as em estudos futuros. Segundo proposição de Thiollent (1997), alguns aspectos devem ser alvo de avaliação, e a esses aspectos demos atenções, ao que sintetizamos no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Proposição para o acompanhamento da proposta

Releitura da Proposição Avaliativa de Thiollent		
Objetivos	Estratégia	Desafios/Adaptação
Elaborar proposta clara	Abertura para negociação da proposta com o grupo, identificando e solucionando pequenos problemas	Realidade da escola incompatível com a proposta/adaptação do espaço e recursos
Engajar o maior número de pessoas da escola independentemente do nível hierárquico	Capacidade de mobilização e participação	Insegurança inicial/diálogo e esclarecimento de dúvidas
Observar a relevância, a viabilidade da proposta e habilidade para encaminhá-la	Habilidade para conduzir a proposta	Percepção como algo corriqueiro/compreensão como fundamental para a saúde
Manter a harmonia	Diálogo para dar continuidade ao projeto	Divergência de opiniões/diálogo e concessões
Saber gerenciar a qualidade das relações interpessoais	Qualidade do trabalho em equipe	Desafios/Ratificação dos pontos positivos
Promover o autoconhecimento da instituição e capacidade de aprendizagem do grupo	Efetividade das atividades de formação	Pouco conhecimento da realidade dos estudantes/fornecimento do necessário

Fonte: Releitura de Thiollent (1997) feita pela pesquisadora.

Nossa preocupação em adequar os instrumentos da pesquisa, a fim de obter consistência e validação dos resultados, acompanhou a investigação da elaboração do projeto até a finalização da pesquisa. Foi imperioso zelar pela eficácia, qualidade e rapidez na organização dos dados e na produção do material de divulgação. Para tanto, obtivemos apoio de técnica em informática, para cuidar da formatação.

Desde a elaboração da proposta estivemos atentas aos objetivos propostos, de modo a torná-los bastante claros para a equipe da escola e participantes. Entretanto, alguns deles tiveram de ser adaptados para a realidade da escola em estudo sem, contudo, ter havido prejuízo, pois sempre que um problema surgia o diálogo era estabelecido (comunicação) e tudo era negociado, com vistas ao êxito da intervenção.

O engajamento de todos foi fundamental para que pudéssemos realizar as ações. As pessoas da escola foram muito receptivas e prontas a ajudar, pensamos que essa colaboração adveio da relevância da proposta, assim como de nossa disposição em adaptá-la à realidade, o que favoreceu as relações interpessoais e conseqüente continuidade da ação. Não houve distinção entre a direção, docentes, pessoal de apoio e estudantes; sem exceção, todos se envolveram com a pesquisa e contribuíram com o melhor de si, sempre dispostos a aprender o novo e à troca de experiências, o que gerou um ambiente de muita aprendizagem.

Sempre que necessário eram realizadas reuniões com a equipe, assim como discutidas as possibilidades de divulgação do resultado para além da realização do produto educacional (Apêndice E), ou seja, decidimos também escrever um artigo científico para divulgar a pesquisa e os resultados alcançados em uma revista especializada.

Para a conclusão desta pesquisa, realizamos um acompanhamento da atividade da equipe com o uso de nova ferramenta; a fim de realizar os ajustes necessários, criamos um formulário estruturado para o registro das observações feitas ao longo da pesquisa. Nas diversas reuniões realizadas procuramos ouvir explicações detalhadas sobre os pontos positivos e negativos da implementação do projeto em saúde bucal.

A seguir, no Quadro 4, apresentamos a síntese da metodologia descrita com base nos postulados de Thiollent (1997), demonstrando as fases propostas para o desenvolvimento completo desta pesquisa com os respectivos planejamentos de datas e prazos e com as ferramentas e técnicas aplicadas para desenvolver atividades propostas.

Quadro 4 - Fases e Técnicas da Pesquisa

FASE DO ESTUDO	TÉCNICAS UTILIZADAS	PERÍODO DE EXECUÇÃO
Fase exploratória Diagnóstico da situação	Roda de conversa Observação Reuniões	De 3 a 05 de abril de 2023
Fase do Planejamento Proposição do projeto de saúde bucal	Reuniões com a equipe diretiva e docentes	De 10 a 27 de abril de 2023
Fase da Ação Implementação da proposta	Aulas teórico-práticas Atividades lúdicas de fixação Higienização no escovódromo Escovação com supervisão	De 02 de maio de 2023 a 21 de julho de 2023
Fase da avaliação Observação do resultado para ajustes se necessários	Observação Aplicação do revelador de placas	De 01 de agosto de 2023 a 11 de agosto de 2023

Fonte: Thiollent (1997) e anotações da pesquisadora.

3 EDUCANDO PARA SAÚDE BUCAL: AULAS TEÓRICAS PARTICIPATIVAS E OFICINAS

Sabemos dos avanços tecnológicos desenvolvidos no campo da odontologia, mas esses avanços não significam que não haja, em grande escala, problemas de doenças que afetam a população brasileira, em particular as crianças. A situação epidemiológica é bastante grave decorrente das condições socioeconômicas da população, e do pequeno número de pessoas atendidas pelo SUS se comparado ao total de recursos recebidos. Aliam-se a essa realidade a falta de informação sobre os cuidados bucais e o baixíssimo poder aquisitivo da maioria da população. Considerando o baixo custo e o impacto que a prevenção propicia, ela tem sido, cada vez mais, requisitada, porém, ainda pouco ampliada.

Na educação em saúde bucal os movimentos de promoção e prevenção auxiliam no controle das doenças bucais com o objetivo de educar as pessoas para que elas tenham autonomia a fim de fazerem escolhas saudáveis para suas vidas, concentrando esforços para reduzir o desenvolvimento de doenças. A Cárie e as doenças periodontais continuam sendo preocupantes pela incidência ainda muito presente na atualidade (Pinheiro, 2016).

A escola é o local ideal para desenvolver práticas educativas, por reunir crianças de várias idades, numa fase ideal de aprendizado de bons hábitos de higiene bucal. No entanto, conforme postulam Bezerra e Souza (2019), essas práticas educativas e preventivas têm sido desafiadoras para as instituições de ensino, pois as mesmas necessitam de cooperação entre as áreas de saúde e de educação. Além disso, ao se promover a saúde nas escolas, incentivam-se as esperanças e as aptidões das crianças e adolescentes. Conforme pensamento de Arcieri (2011), o potencial de criar um mundo melhor torna-se ilimitado, porque, se estão saudáveis, podem aproveitar ao máximo toda a oportunidade de aprender. E é durante os primeiros anos de vida que a criança vai incorporando os hábitos, as noções de higiene, o comportamento perante a coletividade e a família.

Assim compreendido, o odontólogo tem buscado, em sua prática, fazer maior uso da educação em saúde, possibilitando a construção de uma relação mais próxima entre ele e seus pacientes. Segundo Pinheiro e Oliveira (2010), essa aproximação desenvolve-se nas ações educativas na escola, pois nesse contato desprezioso, no qual a criança está no seu ambiente cotidiano, sem o medo da cadeira odontológica, o vínculo ultrapassa a relação profissional/paciente, estabelecendo relação direta de confiança entre esses sujeitos, o que é muito importante para a continuidade do tratamento.

Ainda, de acordo com Bezerra e Souza (2019), a falta de conexão entre saúde e educação tem promovido transtornos no que se refere às práticas de higiene bucal. A falta de material pedagógico para a realização das ações de motivação tem sido considerada um grave problema, uma vez que a metodologia da motivação, através de um material lúdico bem elaborado, promove um aprendizado participativo, prazeroso, contribuindo na construção do conhecimento dos alunos, modificando hábitos saudáveis de higiene bucal.

A inserção das ações de motivação, como requisito indispensável nos programas educativos em saúde bucal escolar, é bastante interessante, uma vez que elas incentivam as crianças a adquirirem conhecimento sobre os meios de evitar doenças bucais, de forma mais prazerosa, porquanto esses hábitos devem ser implementados na infância, pois é nessa fase que as crianças absorvem mais essas informações.

Didaticamente, exploramos com muita ênfase as dramatizações, os desenhos e pinturas, as maquetes, os fantoches, dentre outros recursos para as atividades lúdicas no processo de ensino-aprendizagem, entre elas jogos e atividades que estimularam a conexão entre o conhecimento prévio das crianças e o novo conhecimento sobre a saúde bucal.

Frente ao exposto, passamos a descrever/narrar as ações executadas durante esta pesquisa e implantação da educação em saúde bucal para estudantes da Educação Básica da Escola Municipal Miguel Mirante, realizadas no ano letivo de 2023.

A adesão das crianças após as rodas de conversa foi imediata e entusiástica, pois elas, geralmente, gostam muito de novidades. Assim, iniciamos nossas atividades que foram desenvolvidas em dois momentos: a parte teórica na sala de aula e a parte prática na área externa. O Quadro 5, adiante, expõe o cronograma de atividades, após seu aperfeiçoamento.

Quadro 5 - Aperfeiçoamento do cronograma

Fases do estudo	Técnicas utilizadas	Encontros	Atividades desenvolvidas	Período de execução
Fase exploratória Diagnóstico da situação	Roda de Conversa	1ª roda de conversa	Brincadeiras e jogos sobre hábitos de higiene bucal	De 03 a 05 de abril de 2023
	Observação Reuniões	2ª roda de conversa	Objetivo: saber se as crianças participavam de algum programa de prevenção em saúde bucal	
Fase principal Fase do planejamento proposição do projeto de saúde bucal	Reuniões com equipe diretiva e docente	Sempre que necessário	Teatro infantil com o tema A saúde começa pela boca	De 10 a 27 de abril de 2023
		1ª Palestra: Conhecendo a boca Anatomia da boca	Teatro infantil: A Saúde começa pela boca, Dinâmica, uso de macromodelos,	

Fase da ação: implementação da proposta	Aulas teóricas – práticas ou palestras	Funções da boca	fantoches, desenhos, dedoches, luvoches	De 02 de maio a 2023 a 21 de julho de 2023
		Saúde bucal		
		Função da língua		
		2ª Palestra		
		Os dentes e sua importância	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos, dedoches, luvoches	
		Anatomia dos dentes	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		Tipos de dentes	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		Estrutura dos dentes	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		Diferentes formas e função dos dentes	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		Dentição decídua	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		Dentição permanente	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos	
		3ª Palestra		
		Explicando sobre a cárie: amigos e inimigos dos dentes	Dinâmica com macromodelo evolução da cárie Experiência com isopor e gasolina, atividade com cartazes, banners, avental pedagógico teatro de fantoches com o tema alimentação saudável	
Educação para a saúde bucal: aulas práticas espaço externo	Dinâmica, uso de macromodelos, fantoches, desenhos, dedoches, luvoches			
1º momento: Aulas práticas: Escovação supervisionada Entrega do Kit de prevenção, técnica de escovação: técnica de Fones e de Bass	Demonstradas com macromodelos e fantoches, orientações sobre o kit de prevenção contendo escova, creme dental com flúor e fio dental, jogos, atividades recreativas, dramatização			
	Metodologia aplicada para o uso do creme dental	Técnica transversal, fantoches		
	Uso do fio dental	Atividade lúdica, fantoches		
	Aplicação do flúor	Experiência com o ovo		
	2º momento			
Fase da avaliação	Aulas práticas	Formação da placa bacteriana	Dinâmica, Uso do evidenciado, teatro	

			infantil amigos e inimigos dos dentes	De 01 de agosto de 2023 a 11 de agosto de 2023
		Evidenciado de placa bacteriana	Uso do evidenciado Quadro de escovação	
		3º momento		
Recapitulação das aulas teóricas sobre cárie dentária		Recapitulação das aulas teóricas sobre cárie dentária	Experiência evolução da cárie.	
		Encerramento das aulas práticas	Teatro de fantoches, luvoches, dedoches com o tema Alimentação saudável	

Fonte: Anotações da pesquisadora.

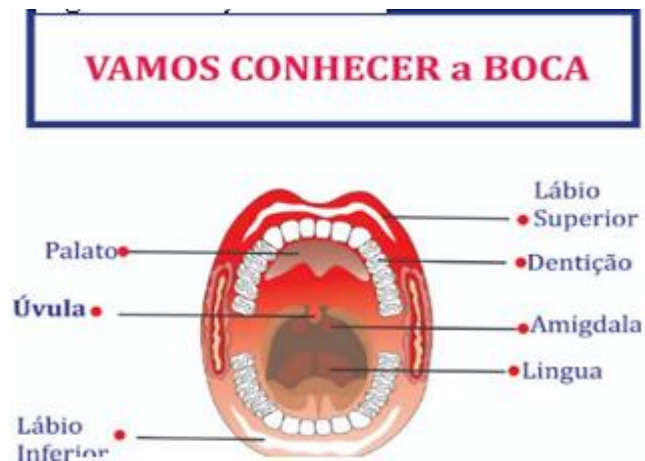
Quando se fala em aulas teóricas ou palestras, logo pensamos em discursos longos e enfadonhos que cansam a plateia, muitas vezes conduzindo-a à dispersão e ao sono. Principalmente quando o público é composto por crianças é muito importante planejá-la com cuidado, transformando-a num momento lúdico prazeroso. Respaladas nesta preocupação, realizamos aulas teóricas participativas, cuidadosamente planejadas para deixá-las o mais ricas possível. Para a aprendizagem de conteúdo construímos diversos materiais didático-pedagógicos, a exemplo de maquetes, esculturas, fantoches, fantasias, cenários de teatro, entre outros.

Os temas mais abordados no processo educativo contemplaram assuntos básicos como a importância da saúde bucal; relação saúde bucal e corporal; doenças causadas pelo descuido da higiene bucal, como, por exemplo, placa bacteriana: o que é, como se forma e consequências, como removê-la; hábitos de higiene e hábitos alimentares e a relação entre dieta/cárie e flúor. As palestras foram realizadas quinzenalmente, na própria sala de aula, conforme seguem as descrições das palestras.

3.1 Primeira palestra: conhecendo a boca

Um cuidado especial com a ludicidade foi necessário para que as atividades teóricas não ficassem monótonas. Atenção ao planejamento foi o primeiro passo para garantir a atenção dos alunos no decorrer das aulas. Explicamos sobre a importância da boca como uma das principais estruturas responsáveis pela comunicação, alimentação e saúde geral. Nosso objetivo foi dar a conhecer às crianças sobre a anatomia básica da boca e suas funções principais (Figura 3).

Figura 3 - Anatomia da boca



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.1.1 Anatomia da boca

A Boca é formada por várias partes, os lábios são uma estrutura que auxilia na articulação da fala e na alimentação, enquanto o Vestíbulo Oral é o espaço entre os lábios e os dentes. A área cavernosa dentro da boca chama-se Cavidade Oral e está limitada pelas bochechas, gengivas e o Palato Duro, vulgarmente chamado de céu da boca, e o Palato Mole que se estende até a garganta. A Língua é uma estrutura muscular importante na fala, deglutição e percepção dos sabores; as Gengivas, tecido que envolve os dentes, serve para proteger e mantê-los fixos no lugar; por fim, a Arcada dentária sustenta os dentes superiores e inferiores.

3.1.2 Funções da boca

A boca é responsável pela articulação de sons, função desempenhada com importantes contribuições dos lábios, da língua e do palato (Figura 4). Ela faz parte do sistema digestivo: os dentes iniciam a mastigação e a saliva e a língua trabalham em conjunto para triturar os alimentos e produzir o bolo alimentar, seguindo a deglutição, ou ato de engolir (alimento ou saliva) transportando o conteúdo da boca para a faringe, o esôfago até chegar ao estômago, num encadeamento sequencial. Também contribuem para o processo os órgãos da cavidade oral como os músculos das bochechas.

Figura 4 - Funções da boca



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.1.3 Saúde bucal

Demos ênfase à importância da higiene bucal, também, por meio das visitas regulares ao dentista para exame de rotina e tratamento preventivo. Após a palestra, demos oportunidade para perguntas, tirar dúvidas, e também para comentários livres. Foi um momento bastante produtivo. Os alunos falaram sobre experiências pessoais relacionadas à saúde bucal, revimos os principais pontos discutidos na aula, reforçamos sobre a importância de uma boa higiene bucal e do cuidado com a saúde de modo geral, iniciando pela boca. Para concluir a aula, encorajamos os estudantes a compartilharem o conhecimento adquirido com suas famílias e amigos. Os recursos utilizados na palestra: imagens, fantoches, macromodelos da boca para auxiliar na compreensão dos conceitos, em especial a respeito da função da língua (Figura 5).

Figura 5 - Função da língua



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

As atividades deste encontro foram finalizadas com a improvisação de um Teatro infantil com o tema proposto: “A saúde começa pela boca”, como ilustra a Figura 6, a seguir.

Figura 6 - Teatro infantil “A saúde começa pela boca”

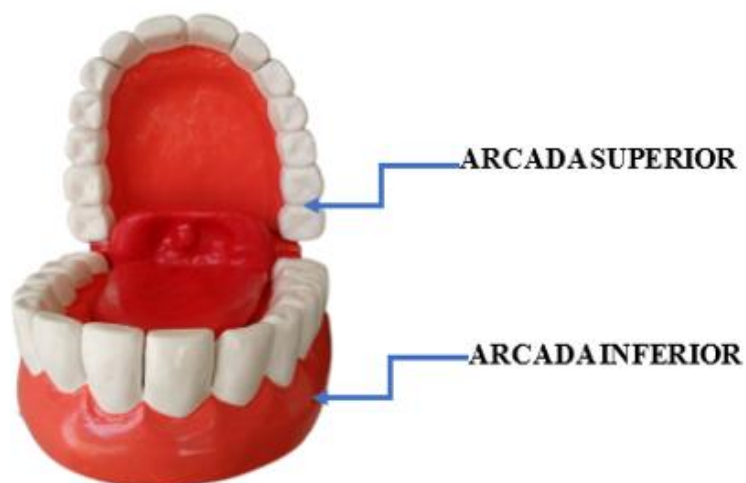


Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.2 Segunda Palestra: Os dentes e sua importância

Os dentes são estruturas incríveis do nosso corpo, desempenham papéis essenciais na mastigação, na fala e até mesmo na estética do nosso sorriso. Explicamos sobre a anatomia dos dentes e sua função, também como cuidar adequadamente deles (Figura 7).

Figura 7 - Macromodelo da boca



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.2.1 Anatomia dos dentes

Os dentes são órgãos duros e mineralizados compostos por diferentes partes, incluindo a coroa, a raiz e o colo do dente. A coroa é a parte visível do dente, enquanto a raiz está ancorada no osso alveolar da mandíbula e da maxila; o colo é a junção entre a coroa e a raiz (Figura 8).



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.2.2 Tipos de dentes

Existem diferentes tipos de dentes em nossa boca, cada um com forma e função específica (Figura 9). Temos os incisivos, que são os dentes frontais, usados para cortar os alimentos. Os caninos, laterais e pontiagudos, ajudam a rasgar os alimentos. Os pré-molares e molares, que têm uma superfície mais ampla, são responsáveis pela mastigação dos alimentos. Além disso, os dentes também desempenham um papel fundamental na fala, ajudando na pronúncia correta dos sons. Eles também contribuem para a estética do nosso rosto e sorriso, proporcionando um aspecto bonito e agradável.

Figura 9 - As diferentes formas e funções dos dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.2.3 Estrutura dos dentes

Os dentes são formados por camadas, a mais externa é o esmalte, que é a substância mais dura do nosso corpo. Logo abaixo do esmalte temos a dentina, uma camada calcificada que forma a maior parte do dente. No centro do dente encontramos a polpa, que é composta por tecidos conjuntivos, vasos sanguíneos e nervos (Figura 10).

Figura 10 - Estrutura dos dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Os dentes desempenham um papel crucial na nossa saúde e qualidade de vida. Compreender a anatomia dos dentes, suas funções e a importância dos cuidados adequados é essencial para manter uma boca saudável. Durante o desenvolvimento humano passamos por diferentes estágios de dentição. Existem duas principais dentições que ocorrem ao longo da vida de uma pessoa: a dentição decídua, também conhecida como dentição de leite ou dentição infantil, e a dentição permanente.

3.2.4 Dentição decídua (dentição de leite)

A dentição decídua, ilustrada na Figura 11, a seguir, começa a se desenvolver ainda no útero materno, porém os primeiros dentes só aparecem após o nascimento, geralmente por volta dos 6 meses de idade. Esses dentes de leite são temporários e começam a ser substituídos pelos dentes permanentes a partir dos 6 anos de idade. A dentição decídua é composta por um total de 20 dentes, sendo 10 na maxila (parte superior) e 10 na mandíbula (parte inferior).

Figura 11 - Dentição Decídua



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.2.5 Dentição permanente

A dentição permanente começa a ocorrer quando os dentes de leite começam a cair e precisam ser substituídos. Essa transição ocorre gradualmente, e os dentes permanentes nascem ao longo da infância e adolescência. A dentição permanente é composta por um total de 32 dentes, sendo 16 na maxila e 16 na mandíbula, como demonstra a ilustração na Figura 12, adiante.

Figura 12 - Dentição Permanente



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Em seguida, propusemos que as crianças desenhassem as formas dos dentes. Para tanto, dividimos a turma em equipes. Também propusemos algumas questões sobre a função de cada dente, às quais responderam com certa facilidade, de acordo com a Figura 13.

Figura 13 - Atividade em sala de aula (desenho)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Para encerrar, realizamos algumas brincadeiras com fantasia de dente confeccionada em espuma (Figura 14) e, também, um macro dente em fibra de vidro (Figuras 15 e 16), com o objetivo de demonstrar a fim de reforçar as diferentes partes do dente (esmalte, dentina e polpa) e suas respectivas funções (Figura 17, 18 e 19). Para garantir a aprendizagem, fixamos o banner utilizado na explicação (Figura 20).

Figura 14 - Fantasias em espuma



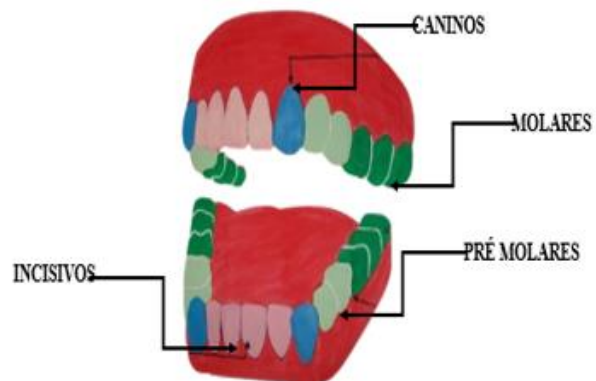
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 15 - Macromodelo bocão



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 16 - Macromodelo bocão dentes coloridos



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 17 - As diferentes formas e funções dos dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 18 - As diferentes formas e funções dos dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 19 - As diferentes formas e funções dos dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 20 - Banner "Os amigos do dente"



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.3 Terceira palestra explicando sobre a cárie

A cárie dentária é uma doença oral comum que afeta os dentes. Ela ocorre devido à combinação de bactérias na boca, alimentos ricos em açúcar e má higiene bucal. A cárie é um processo de desmineralização do esmalte dental, camada externa protetora, seguida por danos progressivos aos tecidos internos do dente, como a dentina e a polpa, causando muita dor. Esta aula foi dividida em três partes: causas, progressão e prevenção da cárie.

- a. **Causas:** as bactérias orais convertem os açúcares presentes nos alimentos e em bebidas em ácidos que corroem o esmalte dental (dieta rica em açúcar e má higiene bucal);
- b. **Evolução:** desmineralização e formação da cavidade (fase inicial, em que a cárie pode ser reversível com bons cuidados bucais e flúor); Formação da cavidade (enfraquecimento do esmalte, necessidade de tratamento com profissional para a remoção do tecido comprometido e restauração); Comprometimento da polpa: (cavidade profunda que atinge a polpa, onde os nervos e vasos sanguíneos estão localizados, causa infecção e dores intensas, necessitando tratamento de canal, ou até mesmo extração).
- c. **Prevenção:** higiene bucal adequada (escovar os dentes pelo menos 3 vezes ao dia com pasta de dente, contendo flúor e o uso do fio dental diariamente) e Dieta saudável (optar por uma dieta equilibrada, rica em fibras, vitaminas e minerais para fortalecer os dentes, ingerir moderadamente alimentos e bebidas açucaradas).

Para tratar acerca da evolução da cárie (Figura 21), de forma demonstrativa, foram utilizados macromodelos com dentes normais e dentes cariados, macromodelos com evolução da cárie e da doença periodontal trabalhados em EVA.

Figura 21 - Macromodelo Evolução da cárie



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Usamos macromodelos bocão com dentes saudáveis, com dentes cariados e a evolução da doença como recurso lúdico, como ilustra a Figura 22. Esta atividade contou com a utilização de banners (Figura 23) e cartazes (Figura 24).

Figura 22 - Macromodelo bocão com dentes saudáveis (à esquerda) e macromodelo bocão com dentes cariados (à direita)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 23 - Banner



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 24 - Cartaz



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

No intuito de garantir a aprendizagem das crianças, realizamos teatro de fantoches sobre alimentação saudável (Figura 25), envolvendo as crianças na dramatização (Figura 26). Também confeccionamos avental pedagógico (Figura 27), amigos e inimigos dos dentes, para contação de história (Figura 28). Outra atividade lúdica realizada, o jogo de amarelinha (Figura 29), jogo da velha (Figura 30), jogo da memória (Figura 31), dinâmica, quebra-cabeça para que as crianças fixassem quem são os amigos e inimigos dos dentes (Figura 32).

Figura 25 - Teatro de Fantoche



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 26 - Teatro infantil com o tema A saúde começa pela boca



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 27 - Avental Pedagógico



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 28 - Amigos e inimigos dos dentes



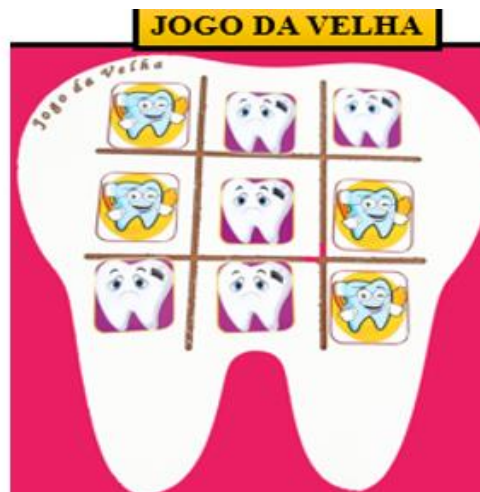
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 29 - Jogo de Amarelinha



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 30 - Jogo da Velha



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 31 - Jogo da Memória



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 32 - Quebra-cabeça



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Para encerrar as aulas teórico-práticas, ensinamos sobre a técnica de escovação dentária (Figura 33), essencial para remover a placa bacteriana e prevenir doenças bucais, como a cárie e as doenças gengivais, garantindo a saúde bucal. Também a respeito da prevenção de doenças, acerca da estética dentária, sobre evitar dores de dente e a economia de custos relacionados aos tratamentos odontológicos. Destacamos a relevância de manter um sorriso saudável para a saúde geral e bem-estar.

Figura 33 - Técnica de escovação dentária



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

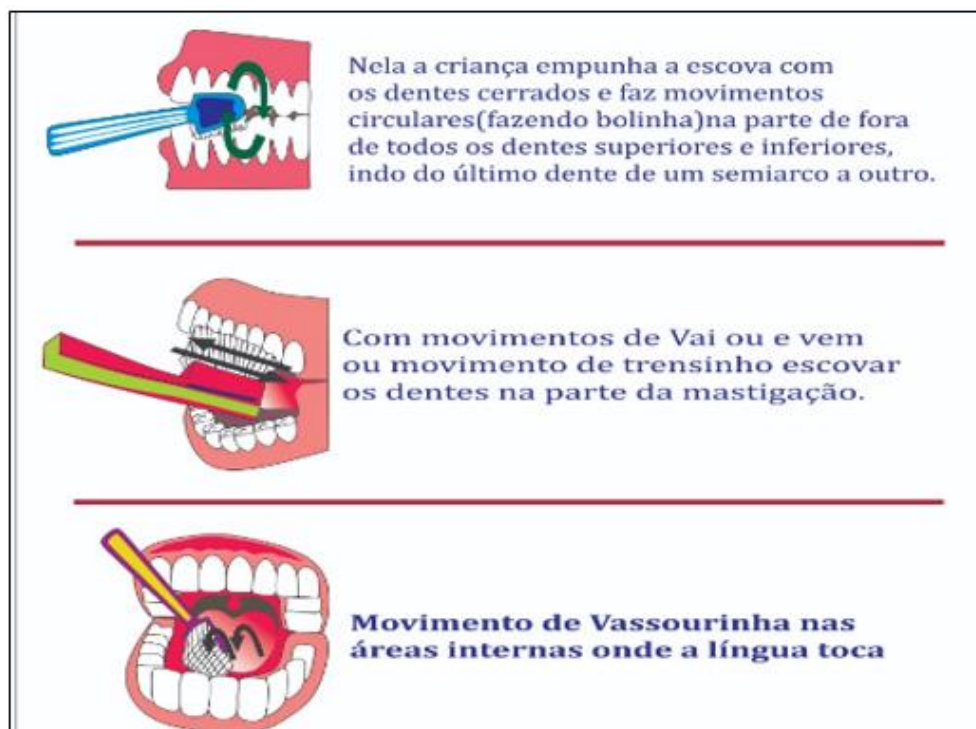
Após breve revisão do conteúdo, apresentamos o kit de prevenção, com os diferentes tipos de escovas de dentes disponíveis no mercado, destacando características como diferentes tipos de cerdas (macias, duras), tamanho da cabeça e cabos ergonômicos. Explicamos que a

escova é de uso individual, como guardá-la, como higienizá-la, periodicidade da troca de 3 em 3 meses ou quando as cerdas estiverem gastas. Discutimos o uso do fio dental e do enxaguante bucal como complementos à escovação.

O Creme dental, usado na escovação, contém ingredientes como fluoretos, abrasivos, agentes de limpeza e aromatizantes que ajudam a remover a placa bacteriana, manchas e resíduos de alimentos, além de ajudar a prevenir cáries, gengivites e mau hálito. Falamos, também, sobre a importância do uso do flúor. Por não possuir água fluoretada, é de fundamental importância a aplicação periódica de flúor em crianças, pois essa ação ajuda a reduzir o índice de cárie, porque ele fortalece os dentes e deve estar presente na saliva.

Na sequência, explicamos sobre as técnicas de escovação. Por se tratar de crianças com idade diferentes, aplicamos duas técnicas de escovação, a de *Fones* para as crianças menores (Figura 34), com três movimentos especiais, ou seja, bolinha, trenzinho e vassourinha, e a de *Bass* para as crianças maiores (Figura 35), ambas realizadas com movimentos suaves.

Figura 34 - Técnica de escovação de Fones



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 35 - Técnica de escovação de Bass



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A mais utilizada, portanto, é a técnica de Bass, indicada para adultos sem retração gengival e tem como característica principal a remoção mais efetiva da placa, principalmente a nível gengival. É importante que as cerdas da escova sejam posicionadas em, no máximo, 2 dentes e que o movimento seja repetido em média 4 vezes no mesmo grupo de dentes. Esta técnica é excelente para limpeza intrasulcular, onde, normalmente, é mais difícil o acesso para a maioria das pessoas. As Figuras 36, 37 e 38, que se seguem, ilustram momentos de orientação sobre as técnicas de escovação aos alunos.

Figura 36 - Técnica de escovação



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 37 - Técnica de escovação em sala de aula com macromodelo (boca aberta)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 38 - Técnica de escovação em sala de aula com macromodelo (boca fechada)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Algumas informações adicionais para uma escovação mais eficaz foram dadas, como, por exemplo, dedicar pelo menos dois minutos para cada escovação, escovar a língua para remover as bactérias e não se esquecer de escovar a região próxima à linha da gengiva. Destacamos a importância da escovação suave, evitando pressionar demais as cerdas contra os dentes, para não causar danos às gengivas ou ao esmalte dental.

Para estabelecer novas possibilidades de aprendizagem para os alunos, todos receberam um kit com escova e creme dental e um guia de escovação, com a finalidade de estimular a prática da escovação aprendida. Os estudantes anotaram as instruções sobre as práticas de escovação e a executarão durante a própria higiene bucal. Ao completar o ciclo de 30 dias fizemos o nosso dia D, com exposição do guia de escovação, na Figura 39, a seguir.

Figura 39 - Guia de escovação



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Reservamos um tempo para que os alunos pudessem comentar sobre o guia e dirimirem as dúvidas. Recapitulamos os principais pontos teóricos que ainda permaneciam frágeis, reforçando a importância da técnica de escovação dentária cotidiana para a saúde bucal. Incentivamos os alunos a compartilharem essas informações com suas famílias e amigos.

3.4 Educação para a saúde bucal: aulas práticas de escovação supervisionada (espaço externo)

O objetivo das aulas práticas para a Educação em Saúde Bucal escolar, com metodologia lúdica, foi promover o aprendizado de forma interativa, engajada e divertida para os alunos. Essas aulas visaram não apenas transmitir conhecimentos teóricos sobre saúde bucal, o que já havia sido realizado anteriormente em sala de aula, mas incentivar o desenvolvimento de habilidades práticas e comportamentos saudáveis em relação à higiene bucal.

A metodologia lúdica compreende o uso de jogos, atividades recreativas, simulações, dramatizações e outros recursos que estimulam o interesse e a participação ativa das crianças,

razão pela qual optamos por utilizá-la. A ludicidade contribuiu, sobremaneira, para criar um ambiente propício para a aprendizagem, pois as crianças puderam experimentar, explorar e comprovar os conceitos relacionados à saúde bucal de maneira prazerosa.

3.4.1 Primeiro Momento

Uma escola que não possui um local adequado para desenvolver as atividades em saúde bucal pode apresentar alguns pontos fracos, como a dificuldade da prática, ou mesmo impossibilitar a escovação supervisionada durante o período escolar, o que é fundamental para promover o hábito de uma boa higiene bucal entre as crianças, razão pela qual insistimos na construção do escovódromo.

A escovação dental supervisionada, com a presença da cirurgiã dentista pesquisadora, foi uma atividade prática, preventiva, realizada no escovódromo, construído no pátio da escola para este fim. Teve por objetivo orientar e estimular os estudantes a incorporarem bons hábitos de higiene bucal, capacitando-os para o controle da placa bacteriana com a escovação regular usando o dentifrício fluoretado, para que o flúor permanecesse na cavidade bucal.

Para tanto, os estudantes, em grupo, foram retirados da sala de aula, conforme acordo firmado entre pesquisadora e docente, e conduzidos ao escovódromo (Figura 40), espaço com pias individuais/coletivas, assim nomeado de acordo com seu fim, e espelhos com regulagem de altura, para observar a correta escovação.

Figura 40 - Escovódromo com espelho com regulagem de altura



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Iniciamos a prática de escovação supervisionada direta para a qual foi entregue, a cada aluno, um kit contendo: creme dental com flúor, uma escova ideal para a idade da criança, fio dental e um copo (Figura 41). Em seguida, eles foram orientados sobre a quantidade de pasta a ser utilizada em cada escovação (Figura 42), assim como sobre os riscos de sua ingestão. Essa quantidade equivale, de modo geral, a um grão de ervilha pequeno e é suficiente para a finalidade, volume este também recomendado para adolescentes e adultos. Também foram orientados sobre a forma correta de colocar o dentífrício na escova e como segurá-la para não ferir a boca.

Figura 41 - Escovação supervisionada



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 42 - Quantidade de creme dental



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A escovação supervisionada foi/pode ser utilizada como oportunidade para educar as crianças sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados com os dentes, promovendo a autonomia ao incentivar as crianças a realizarem a escovação de maneira independente e adequada. Estimulamos as crianças para praticarem o aprendizado em casa incentivando os familiares para a escovação; para tanto, foi oferecido um kit com o número de escovas suficientes para os membros da família. Esta atividade, além do objetivo principal, fortalece a relação escola-família, envolvendo os pais ou responsáveis na educação das crianças. Foram praticadas as técnicas de escovação de Fones e de Bass, demonstradas em sala de aula.

a. Metodologia aplicada para o uso do creme dental

Foi utilizada a técnica transversal (Figura 43) com o tubo de dentifrício em posição perpendicular ao longo eixo da escova, injetando uma quantidade de dentifrício correspondente a, no máximo, metade da sua largura da ponta ativa no centro das cerdas, suficiente para a finalidade.

Figura 43 - Técnica transversal



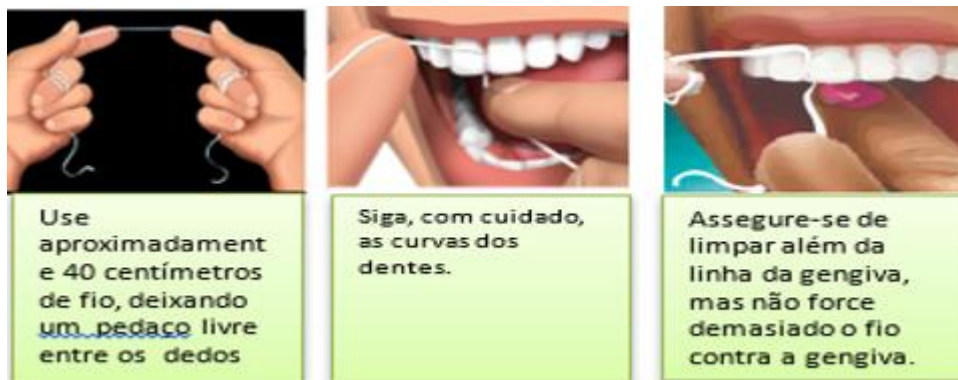
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Foi demonstrada a necessidade de escovar todas as superfícies dos dentes, seguindo a técnica correta demonstrada anteriormente, tendo em vista alcançar todos os dentes, tanto os superiores quanto os inferiores. Assim como escovar a língua, gentilmente, após a escovação dos dentes, num movimento de dentro para fora, a fim de remover bactérias e refrescar o hálito.

b. O uso do fio dental

Como dito, o fio dental é usado para limpeza das regiões entre os dentes, onde a escova não consegue alcançar para a remoção dos resíduos alimentares e da placa bacteriana persistente. Demonstramos como utilizá-lo, como mostra a Figura 44, adiante, e lembramos de sua importância como complemento da escovação; sugerimos o uso de uma linha resistente com todo cuidado, se não pudessem adquirir o fio dental quando acabasse o fornecido.

Figura 44 - Uso do fio dental



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

c. Aplicação do flúor

Na falta de água fluoretada, é de fundamental importância a aplicação periódica de flúor nas crianças, pois essa ação ajuda a reduzir o índice de cárie dentária. O flúor é importante, pois fortalece os dentes e deve estar presente na saliva e, conseqüentemente, banhando os dentes para mantê-los protegidos e as gengivas saudáveis por toda vida. Somente um profissional, ou com sua supervisão, pode realizar a aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 0,2%. A aplicação do Gel Fluoretado foi feita com escova dentária, utilizando-se a técnica transversal e uma pequena quantidade de gel. Durante cerca de 30 segundos friccionamos a ponta da escova com gel sobre as superfícies dentárias, de modo a atingir os quatro semicírculos, perfazendo um

total de 2 minutos de exposição ao gel. Orientando as crianças para não engolir em nenhuma hipótese o gel.

d. Experiência do ovo

Demonstramos o processo de desmineralização do dente através de uma experiência. Tomamos dois copos e dentro deles colocamos dois ovos crus com casca, um em cada copo. Num dos copos, cobrimos o ovo com o vinagre; no outro copo, o ovo foi coberto com o flúor fosfato acidulada a 1,23%. Após 20 minutos, foi evidenciada a desmineralização na casca do ovo coberto pelo vinagre e aquele protegido pelo flúor apresentava a casca totalmente preservada. Concluímos, com as crianças, que o ácido acético descalcifica a casca do ovo e, na presença do flúor, a reação é impedida, o mesmo ocorre com os dentes protegidos pelo flúor.

Figura 45- Experiência do ovo



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Também na aula prática de educação bucal foram realizadas atividades lúdicas, tais como a peça teatral “Os amigos dos dentes” (Figura 46), Contos de históricos populares (Figura 47), avental pedagógico (Figura 48) e quebra-cabeça (Figura 49).

Figura 46 - Teatro infantil "Os amigos dos dentes"



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 47 - Cenário para contação de histórias



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 48 - Avental pedagógico



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 49 - Jogo quebra-cabeça



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.4.2 Segundo Momento

Como foi explicado nas aulas teóricas, segundo Casais (2013), a placa bacteriana é formada pela não escovação e/ou por uma escovação deficiente (Figura 50). Também chamada de biofilme dental, a placa consiste em uma película pegajosa incolor, mas às vezes amarelada. É uma das principais causas de problemas na saúde bucal, podendo causar cáries, doenças periodontais como gengivite e a periodontite, mau hálito, sensibilidade e até perda de elementos dentários.

Figura 50 - Formação da placa bacteriana



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

a. Evidenciador de placa bacteriana

Antes e após a escovação supervisionada, realizamos a avaliação do estado de saúde bucal dos estudantes. Para esse momento, utilizamos um evidenciador de placa bacteriana (Figura 51). A substância provoca uma coloração onde há placa bacteriana. Essa coloração em partes dos dentes, que aparentemente pareciam limpos, localizam as regiões em que a escovação foi malfeita e precisa ser melhorada.

Antes de escovarem os dentes os estudantes olharam-se no espelho para ver onde o evidenciador denunciava as sujidades. Após a escovação, o mesmo processo foi realizado, para as crianças perceberem a diferença e constatar a importância da escovação para a saúde dos dentes (Figura 52). O uso de evidenciadores de placa bacteriana é uma prática útil e educativa que pode melhorar significativamente a saúde bucal quando incorporada como parte de uma rotina regular de higiene dental.

Figura 51 - Dentes evidenciados



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 52 - Dentes evidenciados (antes e depois)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A avaliação foi feita no início e no final da intervenção, mediante a escovação supervisionada direta (Figura 53), a qual possibilitou verificar se os alunos estavam aplicando corretamente as técnicas de higiene bucal ensinadas, alcançando uma boa escovação dos dentes e gengivas. A escovação supervisionada foi uma ferramenta útil para avaliar a efetividade da intervenção e identificar áreas que precisaram de mais atenção na higiene oral dos alunos. Um dos monitoramentos foi realizado pela pesquisadora por meio da ficha mais específica com elucidação de placa bacteriana (Apêndice B); outro monitoramento mais simples ligado à frequência na escovação foi realizado pelos próprios alunos, que anotavam na ficha a mudança de hábito (Figura 54).

Figura 53 - Escovação supervisionada direta






Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 54 - Quadro de Escovação: percurso da frequência no escovódromo



Instruções:

-  Escovação Matinal
-  Escovação após o Almoço
-  Escovação Noturna
- Pinte um quadradinho cada vez que escovar os dentes após as refeições.

Ativ:

Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Esta ação teve por objetivo incentivar os alunos a escovar os dentes três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) durante 30 dias, pintando um espaço após cada refeição para monitorar a frequência de escovação. Implementou-se um hábito de higienização bucal depois das refeições na escola, permitindo que os educadores acompanhassem e orientassem os estudantes nas técnicas de escovação.

Este método simples de monitoramento ajudou a estabelecer uma rotina de escovação consistente e permitiu que os alunos refletissem sobre seus hábitos de maneira direta e eficaz. A simplicidade da ficha torna o processo de registro rápido e fácil, incentivando os alunos a manterem o hábito de escovar os dentes regularmente.

A avaliação pessoal com o quadro de escovação, visando acompanhar e analisar a rotina de higiene bucal diária, revela-se uma técnica educativa bastante eficiente. Este recurso não só estimula a constância na escovação, como também viabiliza uma avaliação minuciosa dos costumes, oportunizando ajustes e aprimoramentos. Assim, vale mencionar os benefícios da Autoavaliação com o Quadro de Escovação:

- Criação de Hábitos: ajuda a estabelecer uma rotina regular de escovação;
- Autoconsciência: aumenta a conscientização sobre a importância da higiene bucal;
- Motivação: o acompanhamento visual pode ser motivador, especialmente para crianças;
- Monitoramento: facilita o acompanhamento por parte dos pais ou cuidadores.

O quadro de escovação, com enfoque na monitorização e reflexão, configura-se como uma ferramenta eficaz para cultivar e manter práticas saudáveis de higiene bucal. Registrar e ponderar sobre a higienização diária propiciam uma maior consciência e um comprometimento com a evolução contínua. Ademais, tal abordagem possibilita aos indivíduos identificar e superar obstáculos específicos, resultando em uma melhora da saúde bucal a longo prazo.

Também esse momento foi encerrado com atividades divertidas para as crianças, embora a revelação das placas tenha sido um momento lúdico à semelhança de uma mágica para elas. Entre as atividades tivemos: produção de histórias, teatro improvisado pelas crianças com utilização de fantoches e dedoches, como demonstram as Figuras 55 a 60, seguintes – sempre com o objetivo de reforçar os conhecimentos adquiridos.

Figura 55 - Produção de histórias



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 56 - Luvoches (alimentação saudável)



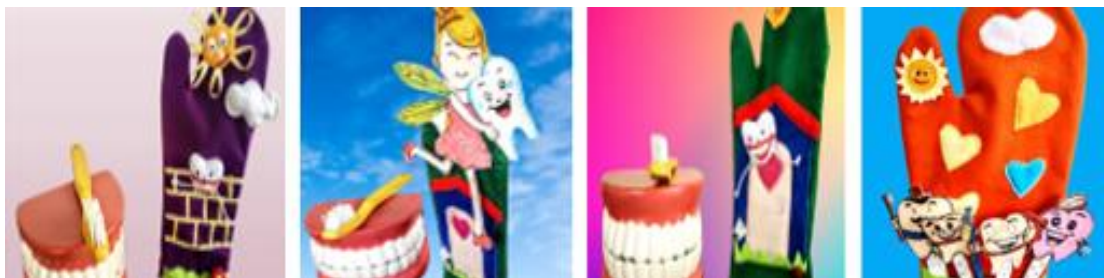
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 57 - Dedoches (alimentação saudável)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 58 - Luvoches



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 59 - Técnica de escovação de Fones



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 60 - Teatro infantil



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

3.4.3 Terceiro Momento

Fizemos, então, a recapitulação da aula teórica sobre a cárie dentária e sua evolução, que é uma doença multifatorial, formada por uma destruição dos tecidos duros do dente, produzida pelo ataque dos ácidos e das bactérias presentes na boca. Para demonstrar a evolução das cáries fizemos uso de macro modelo bocão com dentes sadios e bocão com dentes cariados em resina (Figura 61), assim como apresentamos um macromodelo em isopor para demonstrar a evolução da cárie passo a passo (Figura 62).

Figura 61 - Macromodelo dentes sadios e dentes cariados



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 62 - Experiência: evolução da cárie



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A experiência sobre a evolução da cárie foi feita de modo demonstrativo. Nessa direção, utilizamos um macro dente em isopor e utilizamos gasolina e conta gotas. Em um dos lados de um dente desenhamos uma carinha feliz e do outro uma triste. Com o conta gotas, representando as bactérias, simulamos o ácido produzido pela bactéria com gasolina, que íamos pingando no dente triste. Em poucos segundos, uma cavidade foi produzida no dente que correspondente à evolução da cárie de forma acelerada, modelo que serviu de exemplo para os alunos entenderem o processo de formação da cárie.

Para encerrar as aulas práticas, fixamos o conteúdo saúde bucal e alimentação saudável com teatro de fantoches, luvoches e dedoches produzidos pelas crianças, musical, Jogos, quebra-cabeças. As Figuras 63 e 66, a seguir, são ilustrativas desse momento.

Figura 63 - Evolução da cárie (história)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 64 - Luvoches alimentação saudável



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 65 - Luvoches (alimentação criogênica)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 66 - Musical



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

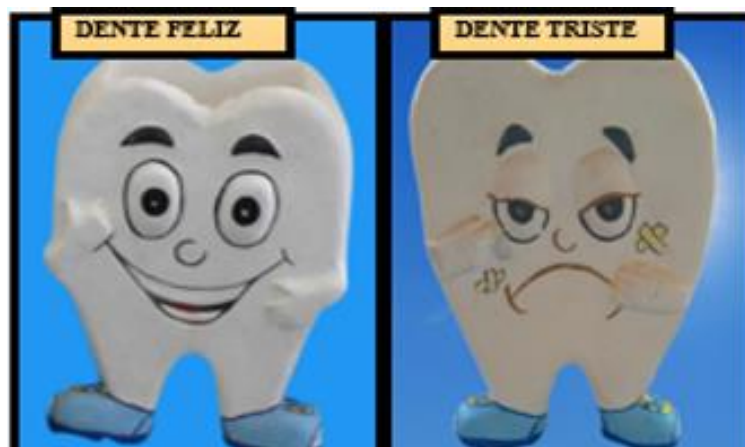
Os professores veem no uso do material didático oportunidades de participação mais ativa dos alunos durante as aulas. Somente a fala dos professores, muitas vezes, não consegue prender a atenção dos estudantes, fazendo com que a aula se torne, por vezes, cansativa, tanto para os alunos quanto para os professores. Comungamos com eles, razão pela qual nos empenhamos na confecção de materiais pedagógicos. Como afirmado, os materiais didáticos pedagógicos quebram o excesso de verbalismo e contribuem para a concretização do assunto abordado pelo professor, facilitando a aprendizagem do aluno. Enfim, tornam a aula mais interessante e prazerosa para ambos.

Fazer uso de um material em sala de aula, de forma a tornar o processo de ensino aprendizagem mais concreto, menos verbalístico, mais eficaz e eficiente, é uma preocupação que tem acompanhado a educação brasileira ao longo de sua história. O uso de materiais diversificados, nas salas de aula, alicerçado por um discurso de reforma educacional, consoante discussões em 2015, passou a ser sinônimo de renovação pedagógica, progresso e mudança, criando expectativa quanto à prática docente, já que os professores ganharam o papel de efetivadores da utilização desses materiais, de maneira a conseguir bons resultados na aprendizagem de seus alunos.

Ainda em 2007, De Oliveira Fiscarelli antecipou essa linha de pensamento, afirmando a utilização do material pedagógico de forma coerente com o conteúdo e a idade dos alunos é de fundamental importância para a realização de um projeto, tornando os objetivos mais exequíveis e a aprendizagem mais eficaz, mais atrativa, menos cansativa e mais motivadora para os estudantes. O material lúdico precisa ser concreto e bem elaborado para dar margem ao processo de aprendizagem participativa e prazerosa. Foi nesse sentido que consideramos adequado o envolvimento dos estudantes também na produção de alguns materiais.

Dessas oficinas de construção de material pedagógico, destacamos os Macromodelos (bocão dentes saudáveis, bocão dentes doentes), bem como Quebra-cabeças, Jogos de Amarelinha e o Jogo da memória (amigos e inimigos dos dentes), também a confecção de fantoches, dedoches e luvoches para a realização de peças teatrais (A saúde começa pela boca); de Vara (O desespero das frutas); Vídeos (Uma volta ao mundo com o Dr. Dentuço Dr. Dentuço e a lenda do Reino dos dentes) dinâmica. Produzimos cartazes, criamos as histórias e cenários e musicais, muitos deles ilustrados anteriormente e também por meio das Figuras 67 a 77, adiante.

Figura 67 - Dinâmica (amigos e inimigos do dente)



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 68 - Vídeo + Álbum seriado Dr. Dentuço



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 69 - Vídeo + Álbum seriado Dr. Dentuço - Reino dos Dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 70 - Banner escovação supervisionada



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 71 - Banner motivação em saúde bucal



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 72 - Teatro de fantoches



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 73 - Teatro de fantoche A saúde começa pela boca



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 74 - Teatro de fantoches



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 75 - Cartazes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 76 – Macromodelo de dentes



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 77 - Cenários



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Tudo fizemos para criar um ambiente lúdico e atrativo para a aprendizagem das crianças, porque somos conscientes de que a saúde bucal e a prevenção de doenças são prerrogativas para uma saúde plena do corpo. Assim pensando, precisamos demonstrar para as crianças que a falta de higiene na boca, assim como a má escovação, ou a sua ausência, principalmente a falta de escovação noturna, após o jantar, pode causar sérias infecções, acompanhadas de dores agudas, e inúmeras doenças, como a cárie, e o não tratamento pode levar à perda definitiva de dentes, ou ainda afetar outros órgãos do corpo. Vale ressaltar, também, que pode causar sérios problemas que acometem a criança e prejudicam as refeições, as brincadeiras, bem como pode interferir até mesmo no processo de aprendizagem.

Diante dos desafios de promover uma educação em saúde bucal efetiva, a abordagem lúdica surgiu como uma alternativa cativante e envolvente, capaz de despertar a atenção e o interesse dos escolares que foram estimulados para o autocuidado e motivados a adotar práticas saudáveis de cuidado bucal, conscientizando-as sobre a importância do envolvimento dos pais e responsáveis para incentivar a prática de cuidados bucais em casa. Isto posto, se a condição financeira assim o permitir.

Todas essas atividades desenvolvidas em sala por meio de palestra participativa, como as oficinas e as atividades no escovódromo, serviram como base para a elaboração do Produto Educacional (PE). Trata-se de um manual educativo direcionado aos professores da educação básica, com o objetivo de ampliar seu conhecimento sobre saúde bucal, ao tempo em que os estimula a desenvolver atividades lúdicas de conscientização dos estudantes sobre a higiene oral, com vistas à prevenção de doenças na boca. Pensamos que esse suporte pode contribuir para minimizar as causas de enfraquecimento dos dentes permanentes, assim como a possível perda de alguns deles por desconhecimento.

4 CONSIDERAÇÕES EM TRÂNSITO

Em um mundo onde as crianças são constantemente bombardeadas por estímulos digitais e alimentos açucarados, é mais importante do que nunca promover uma educação em saúde bucal eficaz. Ela desempenha um papel vital para o bem-estar geral das crianças, elevando não apenas a sua autoestima, como também seu desenvolvimento cognitivo social. A educação em saúde bucal escolar é muito mais do que apenas ensinar às crianças a importância de escovar os dentes regularmente, trata-se de um processo que envolve uma abordagem holística, abrangendo hábitos alimentares saudáveis, técnica de escovação eficaz, uso do fio dental e visitas regulares ao dentista. Também é uma oportunidade para discutir questões relacionadas à autoestima, à nutrição e à saúde plena.

Essas iniciativas devem combinar educação, prevenção e acesso a serviços dentários para garantir que todas as crianças tenham a oportunidade de desfrutar de uma saúde bucal de excelência. Podemos afirmar que uma saúde bucal adequada tem impacto significativo na qualidade de vida das crianças e que a parceria com os pais ou responsáveis e a escola é fundamental para alcançar resultados duradouros, já que as políticas públicas envolvendo ação conjunta entre Secretaria da Educação e Secretaria de Saúde não se firmam e tampouco atingem a todas as crianças igualmente.

Durante o período da pesquisa-ação, pudemos enfatizar sobre a importância da prevenção, essencial para promover uma boa saúde bucal. Por meio de atividades educacionais, como escovação correta, uso do fio dental e hábitos alimentares saudáveis, pudemos ajudar as crianças a entender a importância de cuidar de seus dentes desde cedo. Infelizmente, muitas crianças enfrentam dificuldades para ter acesso adequado aos cuidados dentários. O contexto da pesquisa mostrou que não é a falta de serviços disponíveis a responsável pela ausência de higienização oral, mas a falta de conscientização e recursos financeiros para este fim. Em relação aos recursos financeiros, esta pesquisa pôde contribuir, mesmo que temporariamente, com um kit escovação, porém depois da intervenção não tivemos mais controle sobre como a troca de escovas e fornecimento de creme dental se efetivará.

O programa Brasil Sorridente, oficialmente conhecido como Programa Nacional de Saúde Bucal, foi lançado pelo governo federal do Brasil em 2004, com o objetivo de ampliar e melhorar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal. Entre as diversas iniciativas promovidas pelo programa, a distribuição de kits de prevenção em saúde bucal é uma das mais importantes e bem-sucedidas (Figura 78). Esses kits geralmente incluíam: Escova de dentes e Creme dental com flúor. Houve instruções de uso e orientações sobre cuidados

buciais. A distribuição dos kits era realizada principalmente em escolas públicas, unidades básicas de saúde e em campanhas de saúde comunitária. O objetivo era educar crianças, adolescentes e adultos sobre a importância da higiene bucal e fornecer os instrumentos necessários para a prática diária. No entanto, houve períodos em que a distribuição desses kits foi interrompida ou significativamente reduzida.

Figura 78 - Kit de prevenção



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A interrupção da distribuição dos kits de prevenção em saúde bucal pelo Brasil Sorridente pode ser atribuída a uma combinação de fatores financeiros, administrativos e estratégicos. Embora os kits tenham sido uma parte importante da promoção da saúde bucal, a sustentabilidade de qualquer programa de saúde pública depende da gestão eficiente dos recursos e da adaptação às mudanças nas necessidades e prioridades de saúde.

O programa é frequentemente descrito como uma política de governo, em vez de uma política de Estado. Essa distinção é importante para entender a durabilidade e a continuidade das políticas públicas no Brasil. Como política de governo, o financiamento e decisões orçamentárias anuais podiam variar de acordo com a administração em poder. Mudanças nas prioridades de gastos públicos podem levar à redução ou redistribuição de recursos, afetando a continuidade do programa.

Atualmente, no Brasil, a distribuição de kits de prevenção em saúde bucal, contendo escova de dentes e creme dental, geralmente é de responsabilidade dos municípios. Essa prática faz parte das ações de saúde pública desenvolvidas pelos municípios, frequentemente em parceria com os governos estadual e federal. No entanto, a aquisição de produtos para kits de prevenção em saúde bucal pelos municípios pode enfrentar diversas dificuldades, algumas das quais incluem: orçamento limitado, burocracia, fornecedores, logística, variedade de produtos, educação e conscientização. Diante do exposto, observamos a falta compromisso com as

secretarias de saúde do município em adquirir esses kits, jogando a responsabilidade para quem está compromissado com o trabalho.

Quanto à conscientização, que foi nosso objetivo precípua, constatamos que uma educação com recursos lúdicos é mais eficiente para garantir a aprendizagem dos estudantes do que a mera explicação teórica sobre as doenças. A introdução de métodos lúdicos na intervenção para a prevenção da saúde bucal escolar mostrou-se promissora, por tornar o aprendizado mais envolvente e divertido.

Ao adotar estratégias que utilizam jogos educativos, teatros, dinâmicas em grupo e outras atividades criativas, conseguimos despertar o interesse e a curiosidade das crianças, transformando a aprendizagem em um processo prazeroso e motivador. A ludicidade proporcionou um ambiente favorável para a exploração, a experimentação e a descoberta, permitindo que as crianças se envolvessem ativamente no processo educativo. Pensamos ser importante superar abordagens tradicionais e investir em estratégias inovadoras para alcançar melhores resultados.

Em momento algum compreendemos a intervenção em saúde bucal como uma ação fácil. Pelo contrário, é um procedimento complexo e desafiador, uma vez que envolve mudanças de hábitos ou transformação de comportamento de higiene. Mudar hábitos arraigados no comportamento de um grupo exige determinação e insistência. Durante o diagnóstico, percebemos a necessidade de higiene bucal das crianças, averiguando uma deficiência quanto aos cuidados preventivos nessa faixa etária, o que reforçou a necessidade de trabalhar esses conteúdos através de metodologias adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças.

A intervenção mostrou diversos pontos fortes que podem ser considerados aspectos inovadores, criativos e motivadores, tendo como foco a atuação ativa dos participantes, isso foi feito por meio das atividades práticas interativas.

O maior desafio encontrado foi a condição financeira dos estudantes e a falta de local apropriado para a escovação. Para superar os pontos fracos, buscamos soluções alternativas viáveis; quanto ao primeiro, investimos recursos próprios para a compra do kit escovação; em relação ao segundo, após a escolha do lugar mais apropriado para a construção do escovódromo a baixo custo, associamos recursos envolvendo a pesquisadora, a escola e pessoas da comunidade, assim o escovódromo foi construído. Essas constatações reforçaram a ideia de que nada é possível realizar sem recursos; nesse sentido, os professores só podem contar com recursos próprios ou usar sucatas para demonstrar o conteúdo. Entretanto, o mais grave é a falta

de condições financeiras dos pais, que, sem recursos, não podem comprar escovas e creme dental regularmente.

Ademais, onde falta a alimentação pode não haver restos entre os dentes. Se falta o básico, como pensar em oferecer uma alimentação saudável na periferia, onde vive a maior parte da população brasileira? As leis dão garantias, mas os programas atingem todos os necessitados? Não! Resta-nos, nesse sentido, fomentar as ações sociais e iniciativas comunitárias para garantir a saúde oral de nossos estudantes a fim de que a aprendizagem lúdica funcione amplamente e em todas as direções, enquanto o governo não faz o seu papel de provedor da educação e da saúde.

Apesar dos limites e desafios, conseguimos realizar um bom trabalho e a motivação foi substancial, os alunos demonstraram bastante interesse em cuidar dos próprios dentes, influenciando a mudança dos hábitos da família. A intervenção definiu metas claras e *feedback* contínuo; houve valorização da diversidade e inclusão, isso contribuiu para um ambiente de colaboração e respeito mútuo, que estimulou a criatividade e a inovação proveniente de diferentes pontos de vista, com impacto no empoderamento dos escolares no sentido da busca pela qualidade de vida.

Foi extremamente importante o desenvolvimento desta intervenção, na medida em que pode proporcionar várias ações, entre elas destaca-se a remoção mecânica do biofilme dental através da escovação manual, por ser o método mais acessível para a maioria da população. Entretanto, há limites, pois, apesar da redução do índice de placas bacterianas, as ações precisam ser contínuas, de forma sistemática e com reforços constantes. A continuidade e a frequência criam uma prática permanente de cuidado e higiene bucal que se fortalece com o tempo, perdurando até a idade adulta.

Ressaltamos que o apoio da instituição escolar foi, sem dúvidas, essencial para o desenvolvimento das ações, sem a qual não teríamos o resultado exitoso que tivemos. Além da conscientização das crianças, contribuiu para alargar o conhecimento da equipe escolar, para que pudesse dar continuidade às ações iniciadas pela pesquisadora e ampliar o conhecimento para incorporar tais práticas na família e na comunidade, para que se sintam envolvidas num projeto mais amplo.

Em síntese, algumas constatações foram identificadas, tais como a participação e o engajamento dos alunos e da equipe diretiva; a necessidade de adaptação e flexibilidade da intervenção, uma vez que esses processos devem responder às mudanças e desafios que surgem durante a ação; o monitoramento e a avaliação constantes, cruciais para identificar problemas e ajustar as estratégias. Essas constatações destacam a importância de uma abordagem cuidadosa

e reflexiva no processo de intervenção, considerando a complexidade do contexto e a necessidade de adaptação contínua para maximizar os resultados positivos.

Pensamos que nossas ações contribuíram, sobremaneira, para a transformação da prática preventiva da saúde bucal na escola selecionada, quiçá para incentivar práticas alternativas de alimentação mais saudável para nossos dentes, com uma horta comunitária na escola para atender às necessidades das famílias mais carentes.

Para nós, relatar sobre esta pesquisa-ação realizada foi como compor um quadro de informações pintadas em uma tela em branco com cores que dizem muito sobre nós mesmas, a vivência e como obter êxito a partir de diagnósticos realizados pela observação e das ações testadas na realidade da Escola Municipal Miguel Mirante, campo empírico deste estudo. Os acontecimentos, assim como a situação encontrada, as ações desenvolvidas e os resultados conquistados enriqueceram este trabalho acadêmico ao serem narrados de forma crítica e reflexiva. Quiçá essa experiência possa abrir alguns caminhos para novas ações e políticas públicas com a finalidade assumir esta responsabilidade.

REFERÊNCIAS

- AGNELLI, Patricia Bolzan. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 72, n. 1/2, p. 10, 2016.
- AGUIAR, Sabrina Ferraz Alves; DA ROCHA, Marcelo Pereira. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988/National Health Policies in Brazil: Changes from 1988. ID on-line. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 45, p. 488-501, 2019.
- ARCIERI, Renato Moreira et al. Educação em saúde bucal para pré-escolares: uma revisão da literatura. **Revista Uningá**, v. 28, n. 1, 2011.
- BEZERRA, Levi Araujo; SOUZA, Luiz Carlos Alves. A promoção da saúde bucal por meio do uso de uma cartilha informativa. **IV Congresso Internacional das Ciências Agrárias**. 2019. DOI: 10.31692/2526-7701. *IVCOINTERPDVAgro.2019.0187*.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF: Presidência da República, [2016].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, Mara Lúcia et al. *Avaliação do programa de educação em saúde bucal de Rio do Sul-SC (PROESASUL)*. 2005. 72f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí-SC, 2005.
- CARDOSO, Luciana et al. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 237-243, 2003.
- CASAIS, Paula Milena Melo et al. Placa bacteriana dental como um biofilme. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 43, n. 1, 2013.
- CASTRO, Christina Oliveira de et al. Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. **Odontologia Clínico-Científica** (On-line), v. 11, n. 1, p. 52-56, 2012.
- COTA, Ana Lúcia Soares; DE ASSUNÇÃO COSTA, Bárbara Jéssica. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. **Saúde e pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017.
- CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. São Paulo: Penso Editora, 2021.
- DE OLIVEIRA FISCARELLI, Rosilene Batista. Material didático e prática docente. **Revista Ibero-Americana de estudos em educação**, v. 2, n. 1, p. 31-39, 2007.

EDEN, Colin; HUXHAM, Chris. Pesquisa-ação no estudo das organizações. Tradução Ailton Bomfim Brandão. **Handbook de estudos organizacionais: reflexões e novas direções**. São Paulo: Atlas, v. 2, 2001.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de et al. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, p. 261-267, 2016.

FERREIRA, José Leopoldo; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

GEERTZ, Clifford. Um jogo absorvente: notas sobre a Briga de Galo Balinesa. In: GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/brumado/panorama>. Acesso em: 02 set. 2021.

IGLESIAS, Luísa Mendes. **Avaliação das ações educativa-preventivas em crianças para o controle da placa bacteriana oriundas de projetos sociais**. São Paulo. 2018. Tese de Doutorado (Relatório de Pesquisa de doutorado) – Universidade Paulista, São Paulo, 2018.

LINDGREN, R.; HENFRIDSSON, O.; SCHULTZE, U. Design Principles for Competence Management Systems: a Synthesis of an Action Research Study. **MIS Quarterly**, v. 28, n. 3, September 2004.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, p. 411-428, 2014.

OLIVEIRA, Inês Barbosa; GERALDI, João Wanderley. **Narrativas: outros conhecimentos, outras formas de expressão**. Petrópolis: DP&A, 2010.

PAES, Caila Carolina Duarte Campos; DOS PASSOS PAIXÃO, Alvaneide Nunes. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, v. 6, n. 11, 2016.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 121-130, 2004.

PEREIRA, Valquíria et al. Oficina de saúde bucal aplicada na operação Porta do Sol, Itatuba-PB, e na EE Júlio de Mesquita Filho, São Paulo-SP. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 21, p. 214-223, 2016.

PINHEIRO, Camila Castelo Branco Vêras. **Saúde Bucal na Escola: Percepções sobre Educação em Saúde e Desenvolvimento de Recurso Tecnológico Inovador**. 2016. 110f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia. Mestrado Profissional em Gestão e Tecnologias aplicadas a Educação (GESTEC), Salvador 2016.

PINHEIRO, Poliana Miranda; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 36, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000036>

RAMIRES, Irene; BUZALAF, Marília Afonso Rabelo. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1057-1065, 2007.

SANTOS, Lília Paula de Souza *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. *Temas Livres*, **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 28, n. 05, Maio 2023.

SILVA, Edna Maria Costa Pinto. Processo ensino-aprendizagem em saúde bucal: influência do reforço na motivação em higiene bucal. **II ENESB/PSF**, 16 a 18 de outubro de 2003, Vitória da Conquista-BA, 2003.

SILVESTRE, José Amilton Costa; DE AGUIAR, Andréa Silvia Walter; TEIXEIRA, Edson Holanda. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos Esp.**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

SPEZZIA, Sérgio; CARVALHEIRO, Elisângela Mara; TRINDADE, Larissa de Lima. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. Bras. Odontol.**, vol. 72, n. 1-2, Rio de Janeiro Jan./Jun. 2015.

STRINGER, Ernest T. **Action Research: a Handbook for Practitioners**. Sage, 1996.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

VALARELLI, Fabrício Pinelli et al. Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 2, p. 173-176, 2011.

WARSCHAUER, Cecília. **Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001

WARSCHAUER, Cecília. **A roda e o registro: uma parceria entre professor, aluno e conhecimento**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2002.

ANEXO A - Declaração de concordância com o projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Brumado, ____/____/____

Senhor (a) Coordenador(a),

Declaramos que nós da **Escola** Municipal Miguel Mirante estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Edna Maria Costa Pinto Silva** e sob orientação da **Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos**, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, até o seu final.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) coordenador(a) da escola

Assinatura da orientadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO B - Termo de autorização de uso de imagem e informações

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Brumado, ____/____/____

Declaramos que nós da **Escola Municipal Miguel Mirante** concordamos com a divulgação dos resultados, imagens e informações obtidas pela aplicação da pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Edna Maria Costa Pinto Silva** e sob orientação da **Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos**, em nossas dependências.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) coordenador(a) da escola

Assinatura da orientadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (professores)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Caro (a) professor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa-ação intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**, cujo objetivo principal é relatar, criticamente, como se deu a implementação das práticas de atenção à saúde bucal na escola selecionada para a pesquisa, a partir da convivência dessas crianças no ambiente de educação formal com educadores e outras crianças, seguida da implementação de práticas de escovação.

O material empírico desta pesquisa vai ser produzido por meio de roda de conversa, a aplicação de questionário com equipe escolar, da observação e de momentos teóricos e práticos realizados durante a pesquisa-ação que pretendemos desenvolver nessa escola do município de Brumado, Bahia, a fim de compreender como o conhecimento e a prática da higiene oral podem contribuir para a prevenção da saúde plena das crianças.

Se você concordar, solicitamos a sua participação e colaboração em todas as etapas desta pesquisa, bem como será garantido seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber sobre a pesquisa antes, durante e depois de sua participação.

Os pesquisadores envolvidos esta pesquisa são **Edna Maria Costa Pinto Silva**, mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS), Departamento de Ciências Humanas- Campus VI, da Universidade do Estado da Bahia- UNEB e a pesquisadora/orientadora **Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos**, professora da mesma instituição, com os quais você poderá manter contato sempre que considerar necessário.

Esclarecemos que, da pesquisa a se realizar, é possível esperar alguns benefícios para você, tais como conhecimento e práticas para a prevenção da saúde bucal, assim como as consequências pela negligência dessa prática. Os possíveis riscos, ou desconfortos, da pesquisa restringem-se a alguma inibição ou timidez, quanto às respostas dadas no questionário e a observação em sala de aula.

Alertamos que o (a) senhor (a) não terá qualquer tipo de despesa e não receberá remuneração para participar da pesquisa. Todos os gastos decorrentes da participação nesta pesquisa, caso ocorram, serão ressarcidos, incluindo gastos do participante e de quem o acompanhe. No caso de eventual dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, você também tem direito de ser indenizado pelo pesquisador, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata, pelo tempo que for necessário. Endossamos, ainda, que todas as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa serão mantidas em sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares) respeitando, assim, a identidade dos envolvidos durante a análise e apresentação dos dados neste Trabalho, bem como em artigos, resumos e/ou qualquer forma de comunicação nas quais forem referenciados ou utilizados como fonte de investigação, visto que os participantes não serão identificados pelos seus nomes e/ou quaisquer dados que venham a reconhecê-los, sendo apenas identificada a sua categoria (professor participante) e/ou informações genéricas que se fizerem necessárias.

Informamos, ainda, que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que você vem recebendo.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores por meio dos telefones e endereços eletrônicos fornecidos neste termo. No que se refere a dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa poderá haver consulta através dos seguintes dados: **Universidade do Estado da Bahia (UNEB)- Departamento de Ciências Humanas- DCH VI** pelo telefone (77) 3454-2021; pelo endereço: Avenida Contorno, s/n, Caetitê- Bahia- CEP: 46.400-000.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que, após assinaturas, uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Universidade do Estado da Bahia- UNEB e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido,

assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante:

RG: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Local e data: _____

Assinatura do participante

Nome completo do pesquisador responsável: Edna Maria Costa Silva Pinto

Endereço: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Local e data: _____

Nome completo do orientador: Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Endereço: _____

E-mail: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Local e data: _____

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação de menor



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

O(A) (nome do menor) _____ foi convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Para que ele(a) possa participar, é necessário o assentimento dele(a) e a sua autorização. Por causa disso, precisamos lhe informar sobre todos os procedimentos da pesquisa. Caso você não autorize, não há problema algum. Você não precisa me explicar porque, e não haverá nenhum tipo de punição por isso. Você tem todo o direito de não querer autorizar a participação de (nome do menor) _____ no estudo. E, mesmo que ele verbalize que deseja participar, se você não consentir, ele(a) não participará.

Caso você concorde com a participação dele(a), eu irei te informar sobre tudo que irá ser realizado na pesquisa. Depois de passar a você todas as informações e você aceitar esse convite, será necessário que você assine todas as folhas deste documento. Eu também irei assinar todas as folhas dele, assim como você. Este documento está em três vias. Uma delas é sua, outra é do menor que participará da pesquisa e a outra é minha.

Esta pesquisa-ação é intitulada “Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa-ação intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**, cujo objetivo principal é relatar, criticamente, como se deu a implementação das práticas de atenção à saúde bucal na escola selecionada para a pesquisa, considerando-se sua localização na zona rural e a recepção de crianças pertencentes a família de baixa renda. A participação do menor consistirá em participar das aulas/oficinas de Educação em saúde bucal, assim como aprender, na prática, a escovar os dentes de forma adequada e a usar o fio dental.

O tempo estimado de sua participação é de um ano, para que você possa responder a todas as perguntas de forma tranquila e praticar com eficiência o aprendido. Solicitamos autorização para o uso da imagem do menor na divulgação da pesquisa.

Você não será remunerado, visto que sua participação nesta pesquisa-ação é de caráter voluntária. Caso decida desistir da participação do menor, você poderá interromper e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

É garantido a você o direito a ressarcimento em caso de despesas comprovadamente relacionadas à participação do menor no estudo, bem como, ao direito a indenização em caso de danos nos termos da lei.

Nenhuma pesquisa é isenta de riscos, e, especificamente nesta pesquisa, os riscos são mínimos, o único desconforto que pode haver é a timidez em responder alguma pergunta, dar alguma informação, ou vergonha em executar alguma tarefa.

No entanto, as seguintes medidas serão tomadas para mitigar esses desconfortos como: informar do que se trata a pesquisa-ação, explicar cada passo das mesmas e informar que são livres para desistirem em qualquer momento do estudo.

Esta pesquisa-ação pode contribuir para a prevenção de doenças orais, assim como orientar sobre as técnicas de higienização evitando a perda precoce de dentes e garantindo uma saúde corporal plena.

UNEB- Campus VI-Caetitê Bahia - Rua Contorno, s/n, Centro, anexo do prédio Principal.

Horário de atendimento: Das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30

Telefone: (77) - 34542022/34542017.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do responsável pelo participante: _____

Telefone para contato: _____

Nome do Pesquisador Responsável: Edna Maria Costa Silva
Pinto_____

Telefone para contato:

Nome da pesquisadora: Edna Maria Costa Silva Pinto

Telefone(s) para contato:

Orientadora: Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

APÊNDICE A - Questionário direcionado à equipe escolar



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Prezado (a) Participante,

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL** e tem como objetivo principal investigar se na Escola Municipal Miguel Mirante desenvolvem alguma prática de higiene oral preventiva. Por esta razão, solicito a sua especial colaboração no sentido de responder às questões apresentadas a seguir. As informações prestadas terão o anonimato garantido e serão fundamentais para a conclusão deste estudo que tem a pretensão de contribuir com a Prevenção à Saúde Bucal.

Agradeço sua colaboração!

Dados Pessoais

1. Qual a sua idade

18 a 24 25 a 34 35 a 44 45 ou mais

2. Há quanto tempo trabalha nesta escola?

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 5 a 10 anos Mais de dez anos

3. Qual a sua formação?

1º grau (de 1ª a 4ª série)	1o grau (de 5ª a 8ª série)	2o grau (compl./inc.)	superior (compl./inc.)	pós-graduação ou +

4. Você considera importante a prevenção em saúde bucal? Por quê?

Dados da Escola

1. A escola desenvolve, ou já desenvolveu, algum projeto sobre higiene bucal envolvendo a família?

2. Você já presenciou alguma crise de dor de dente aqui na escola?

Sim Não Prefiro me abster

Dados sobre a família

8. Qual a situação financeira da família dos estudantes

Boa Regular Baixa renda/ desempregados

Data: ____/____/____.

APÊNDICE B - Avaliação feita pela pesquisadora no escovódromo com o uso do evidenciador de Placa Bacteriana



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI



Dentes Evidenciados

FICHA INDIVIDUAL

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DENTÁRIO			
ALUNO:			SÉRIE:
FACES DOS DENTES	PLACA	TÁRTARO	TOTAL: <u>P e T</u>
DENTE 11 Face Vestibular			
DENTE 16 Face Vestibular			
DENTE 26 Face Vestibular			
DENTE 31 Face Vestibular			
DENTE 36 Face Lingual			
DENTE 46 Face Lingual			
INDICES			
DE PLACA	DE TÁRTARO	IHOS	CLASSIFICAÇÃO
			<i>Assina pessoal</i>

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DENTÁRIO PARA INCLUSÃO SEGUNDO CRITÉRIO DE RISCO		
ALUNO:		SÉRIE
CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
RISCO BAIXO	A1 ()	Ausência de lesão de cárie, sem placa e sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	A2 ()	Ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa.
	A3 ()	Ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite.
RISCO MODERADO	B1 ()	História de dente restaurado sem placa, gengivite e lesão de mancha branca ativa.
	B2 ()	História de dente restaurado com placa e/ou gengivite mas sem história de mancha branca ativa e/ou sem lesão de mancha branca ativa.
	C1 ()	Uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/gengivite e sem mancha branca de cárie.
	C2 ()	Uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/gengivite.
ALTO RISCO	D ()	Ausência, de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie.
	E ()	Uma ou mais cavidades de cárie ativa.
	F ()	Presença de dor e/ou abscesso.

APÊNDICE C - Ficha avaliativa da intervenção - professores

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Participa da escovação satisfeito () pouco satisfeito () Obrigado ()

Com o tempo, as crianças incorporaram, naturalmente, a prática de escovação sim () Não ()

As crianças estenderam as aprendizagens e prática de escovação à família?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo

Menos de 5 crianças () De 5 à 10 crianças () Mais de 10 crianças ()

Você afirmaria que essa ação na escola transformou a prática de higiene bucal de grande parte das crianças?

Sim () Não ()

Qual a importância dessa intervenção para essa comunidade escolar?

APÊNDICE D - Ficha avaliativa da aplicação/teste do produto



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- VI

Discente: Edna Maria Costa Silva Pinto

Orientadora: Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação:

Produto Educacional – PE:

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende –se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera –se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p> <p>*Marcar só um item</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p> <p><input type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios da aplicação desse Produto?

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste:

Foram enviadas as atividades do PE para a Direção e Coordenação da escola discutir no Planejamento, definirem qual (is) turmas fariam a aplicação das atividades.

Assinaturas e carimbo

Escola Municipal Miguel Mirante povoado de Arrecife

Diretor (a);

Coordenação:

Série (s):

Nº de Crianças:

Professora:

Pesquisadora: Edna Maria Costa Silva Pinto

Orientadora: Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

APÊNDICE E - O Produto Educacional





UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - DCH-VI
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO,
LINGUAGEM E SOCIEDADE - PPGELS

MANUAL EDUCATIVO EM

Saúde Bucal

BRINCANDO E APRENDENDO A CUIDAR

Ma. Edna Maria Costa Pinto Silva
Prof^a. Dr^a. Luciete Bastos



S58m

Silva, Edna Maria Costa Pinto.

Manual educativo em saúde bucal: brincando e aprendendo a cuidar /
Edna Maria Costa Pinto Silva, 2024.

75f.

Orientador (a): Dr^a. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos.

Produto educacional (mestrado) – Universidade do Estado da Bahia,
Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade –
PPGELS, Caetité - Ba, 2024.

Inclui referências. F. 56.

1. Educação em saúde bucal. 2. Educação básica. 3. Saúde bucal –
Manual educativo. 4. Higienização oral. 5. Produto educacional. I.
Bastos, Luciete de Cássia Souza Lima. II. Programa de Pós- Graduação
em Ensino, Linguagem e Sociedade – PPGELS. III. T.

CDD 371.113
370

Ficha Técnica

ORIGEM DO PRODUTO: resultou da dissertação de mestrado intitulada: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DA PESQUISA-AÇÃO A UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

NÍVEL DE ENSINO AO QUAL SE DESTINA: Educação Básica

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ensino

SUJEITOS AOS QUAIS SE DESTINA O PRODUTO: todos aqueles que se interessarem pelo tema

FINALIDADE: Sugerir atividades lúdicas sobre saúde bucal

ORGANIZAÇÃO DO PRODUTO: Este manual está organizado com propostas de atividades lúdicas e diversificadas (como jogos, pinturas, histórias, dramatizações e outras estratégias) para educar crianças para a saúde bucal, alertar, inclusive, para as doenças que podem afetar a saúde pela má higienização da boca. É uma ferramenta útil para os professores estimularem os estudantes a praticarem o cuidado com sua saúde.

DISPONIBILIDADE: Irrestrita, mantendo-se o respeito à autoria do produto, não sendo permitido o uso comercial por terceiros.

DIVULGAÇÃO: Por meio digital

IDIOMA: Português **CIDADE:** Caetité **UF:** Bahia **País:** Brasil

Resumo

Este Produto é resultado da dissertação de mestrado intitulada todos aqueles que se interessarem pelo tema. Ele está dividido em três partes: a primeira teórica, a segunda prática e a terceira com sugestões de atividades pedagógicas para instituição de programas de educação em saúde bucal em escolas de Educação Básica. Destina-se a estudantes de ambos os sexos, na faixa etária compreendida entre 6 (seis) e 12 (doze) anos de idade. O campo empírico da experiência foi a Escola Municipal Miguel Mirante, localizada no povoado Arrecife, lotada no espaço rural e distante, aproximadamente, 50 Km do perímetro urbano de Brumado, no Alto Sertão Baiano. Tem por objetivo ensinar e conscientizar os alunos sobre a importância da saúde bucal de forma atrativa e envolvente, através de uma série de atividades que podem ser aplicadas em diversos espaços, sempre mediado por um professor, ou profissional da área. Usar a ludicidade como ferramenta para o ensino da higienização oral de crianças é um excelente recurso.

PALAVRAS-CHAVES: *Educação Básica. Saúde bucal. Higienização oral. Educação em saúde BUCAL.*



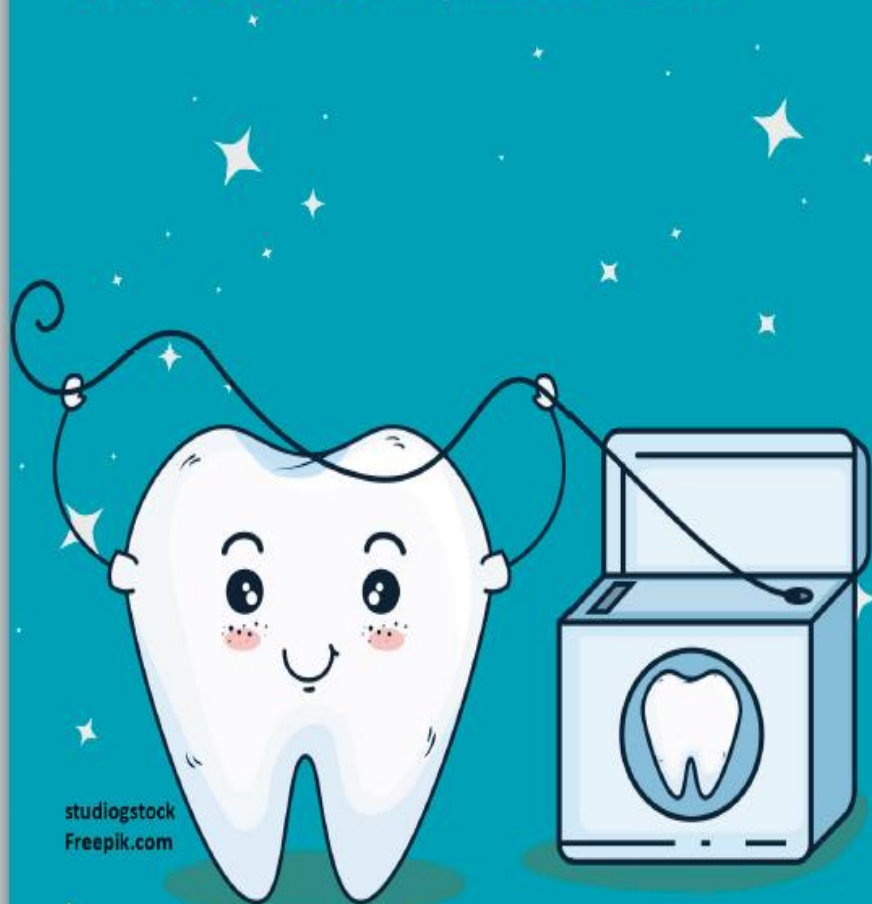
Apresentação

Este Produto Educacional resultou da dissertação, apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

ORIENTANDA: Edna Maria Costa Pinto Silva

LINHA DE PESQUISA: Ensino, Sociedade e Ambiente.



QUEM SOMOS

Edna Maria Costa Pinto Silva



Eu sou Edna Maria Costa Pinto Silva. A jornada de minha vida começou em uma pequena cidade onde cresci rodeado pela simplicidade e pelo calor de uma família unida. Desde cedo, desenvolvi uma paixão pela leitura e comecei a explorar o mundo além dos limites geográficos de minha cidade natal. Assim que entrei na universidade, dediquei meus estudos na área da saúde especificamente odontologia e descobri meu interesse pela Saúde Bucal. Ao longo dos anos, enfrentei desafios, comemorei sucessos e, o mais importante, cultivei um desejo constante de crescimento pessoal e profissional. Minha carreira foi variada, iniciei como estagiária evoluindo para monitoria. A paixão pela aprendizagem moldou não só o meu percurso profissional, mas também a pessoa que sou hoje, dedicada ao autodesenvolvimento e empenhada em contribuir positivamente para o mundo que me rodeia. Ao longo dos anos, dediquei-me a proporcionar serviços odontológicos de qualidade não só nos consultórios mais também em ambientes escolares, onde desenvolvi estratégias inovadoras para educar os jovens sobre a importância da higiene oral. Essa missão de melhorar a saúde bucal nas escolas tornou-se um pilar central em minha carreira.

QUEM SOMOS

Prof.^ª Dr.^ª Luciete Bastos



Doutora em Educação pela PUC-Minas, mestra em Teoria da Literatura pela UFMG, Especialista em Alfabetização pela UFPB, especialista em Linguística e Produção de Texto pela UESB e, pela mesma instituição, é especialista em Literatura e Ensino de Literatura. Professora Adjunta da UNEB-Campus VI, ministra aulas na graduação e no mestrado, em cujos níveis de ensino desenvolve projetos de pesquisa e extensão e orienta estudantes. Publicou livros e artigos em revistas especializadas. É membro fundador da Academia Caetiteense de Letras. Apaixonada pela educação.

FIGURAS

Fig.01Partes da Boca

Fig.02Funções da Boca

Fig.03Funções da Língua para percepção do paladar

Fig.04 Macro modelo da arcada dentária

Fig.05 Dentes (macro modelo em resina)

Fig.06 Partes do Dente

Fig.07 Formas e Funções do Dente

Fig.08Dentição Decidua

Fig.09 Dentição Permanente

Fig.10 Técnica de Fone

Fig.11 Técnica de BASS

Fig.12 Demonstração da técnica pela pesquisadora no macro modelo

Fig.13 Criança exercitando a técnica de escovação

Fig.14 Escovódromo e espelhos com regulagem de altura

Fig.15 Entrega do Kit de Prevenção

Fig.16 A escova

Fig.17 Escova correta

Fig.18 Uso indevido de escova gasta

Fig.19 Acondicionamento correto

Fig.20 Acondicionamento incorreto

Fig.21 Quantidade do creme dental com flúor na escova

Fig.22 Quantidade certa de creme dental na escova

Fig.23 Fio dental

Fig.24 O uso do Fio Dental

Fig. 25 Uso do Fluor

Fig.26 Revelador de placa bacteriana

Fig.27 Amarelinha

Fig.28Jogo da memória com os amigos do dente

Fig.29 Banner

Fig.30 Dentinho Legal

Fig.31 Crianças vestidas como as Personagens

Fig.32 Senhor Bactéria

Fig.33 O Cenário

Fig.34 Frutas e Verduras

Fig.35 Cenário Castelo

Fig.36 Personagens: Dentinho Feliz, Fada Denty Frícia e Bruxa Bak Téria

Fig.37 Evolução da Cárie

Fig.38 Consultório do Dentista

Fig.39 O Cenário da Peça Encruzilhada

Fig.40 Os Personagens: Mãe Dina; Gêmeos Nito e Toni; Fada Denty Frícia; Bruxa Bak Téria

Fig.41 Casa da Bruxa Bak Téria

Fig.42 Casa da Fada Denty Frícia

Fig.43 Evolução da cárie em Nito

Fig.44 Avental Pedagógico

Fig.45 Crianças assistindo teatro de fantoches

Fig.46 Luvoche de meia

Fig.47 Dedoche de cartolina com figuras

Fig.48 Quebra-cabeça com palitos de sorvete

Fig.49 Macro Modelos

TEÓRICA

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE
BUCAL ESCOLAR: ATIVIDADES
NA SALA DE AULA

PARTE



1. CONHECENDO A BOCA

Fig.1 Partes da Boca



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (Todas as imagens fazem parte do acervo pessoal da pesquisadora, as exceções serão marcadas segundo normas da ABNT).

A boca é uma cavidade formada por tecidos duros e moles e os órgãos anexos como as glândulas salivares.

2. FUNÇÕES DA BOCA

Fig.2 Funções da boca

Saborear
Mastigar

Falar

Sorrir



3, TIPOS DE TECIDOS DA BOCA

3.1. TECIDOS MOLES: mucosas

a. **Bochechas:** Externamente as bochechas formam grande parte da face e tem a função auxiliar na formação do bolo alimentar;

b. **Assoalho da boca** onde a língua está fixada;

c. **Palato:** ou céu da boca, é recoberto pela mucosa;

d. **Gengivas:** Tecido de proteção, sustentação e integridade dos dentes. A gengiva saudável tem a coloração rósea, aspecto de casca de laranja e não sangra;

e. **Língua** é um órgão móvel composta por dez músculos. Suas principais funções são: auxiliar na formação do bolo alimentar; ajudar na formação da saliva; auxiliar na comunicação pela palavra (fonação); promover a percepção gustativa dos alimentos (paladar);

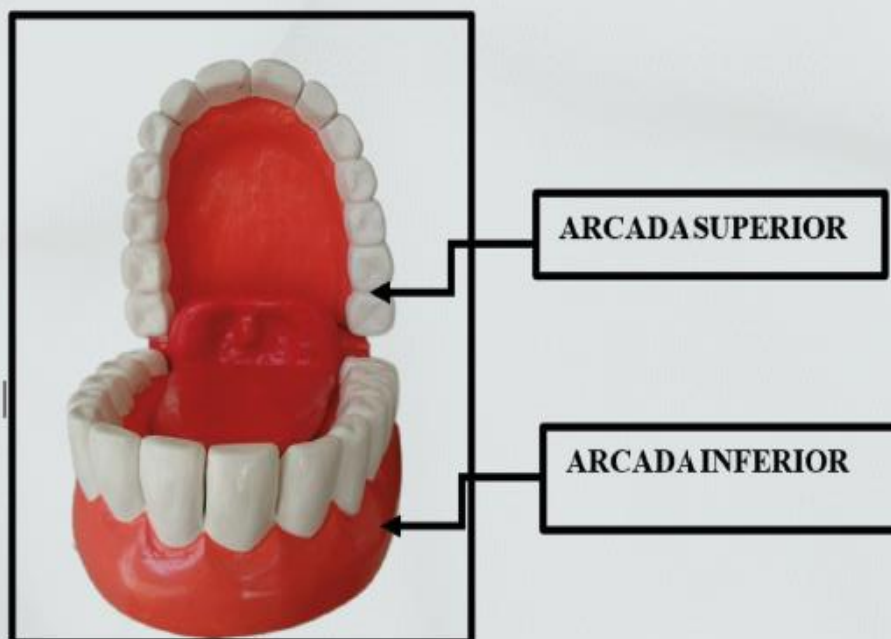
OBS. A sensibilidade gustativa é distribuída na língua da seguinte forma: doce na ponta da língua; salgado, nas laterais, porção anterior e posterior de ambos os lados da língua; azedo na região intermediária, de ambos os lados; amargo, na região central, no final da língua. O uso do higienizador lingual é importantíssimo, pois a língua, também, retém placa bacteriana que é a principal causadora das doenças da boca.

Fig.03 Funções da Língua para percepção do paladar



3.2 TECIDOS DUROS: Ossos; Mandíbula; Palato; Maxilares superiores (direito e esquerdo); Arcadas.

Fig.04 Macro Modelo (Confeccionado em fibra de vidro ou isopor)



Anatomicamente, a arcada dentária é o arco formado pelo conjunto de ossos, dentes e seus respectivos tecidos de sustentação.

a. Dentes

Os dentes compõem a parte dura e estão localizados na arcada superior, ou maxila, e inferior, ou mandíbula, que é o único osso móvel do crânio, sendo um importante componente na mastigação.

Fig.05 Dentes (macro modelo em resina)



Fig. 06 Partes do Dente

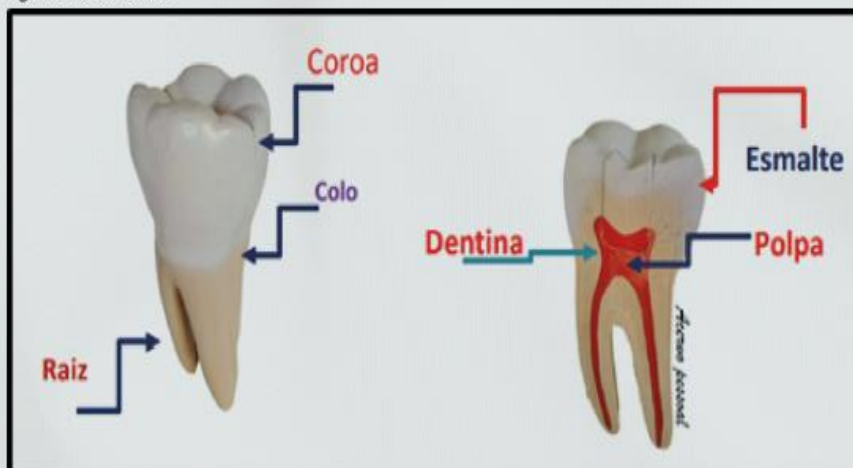


Fig.07 Formas e funções dos dentes

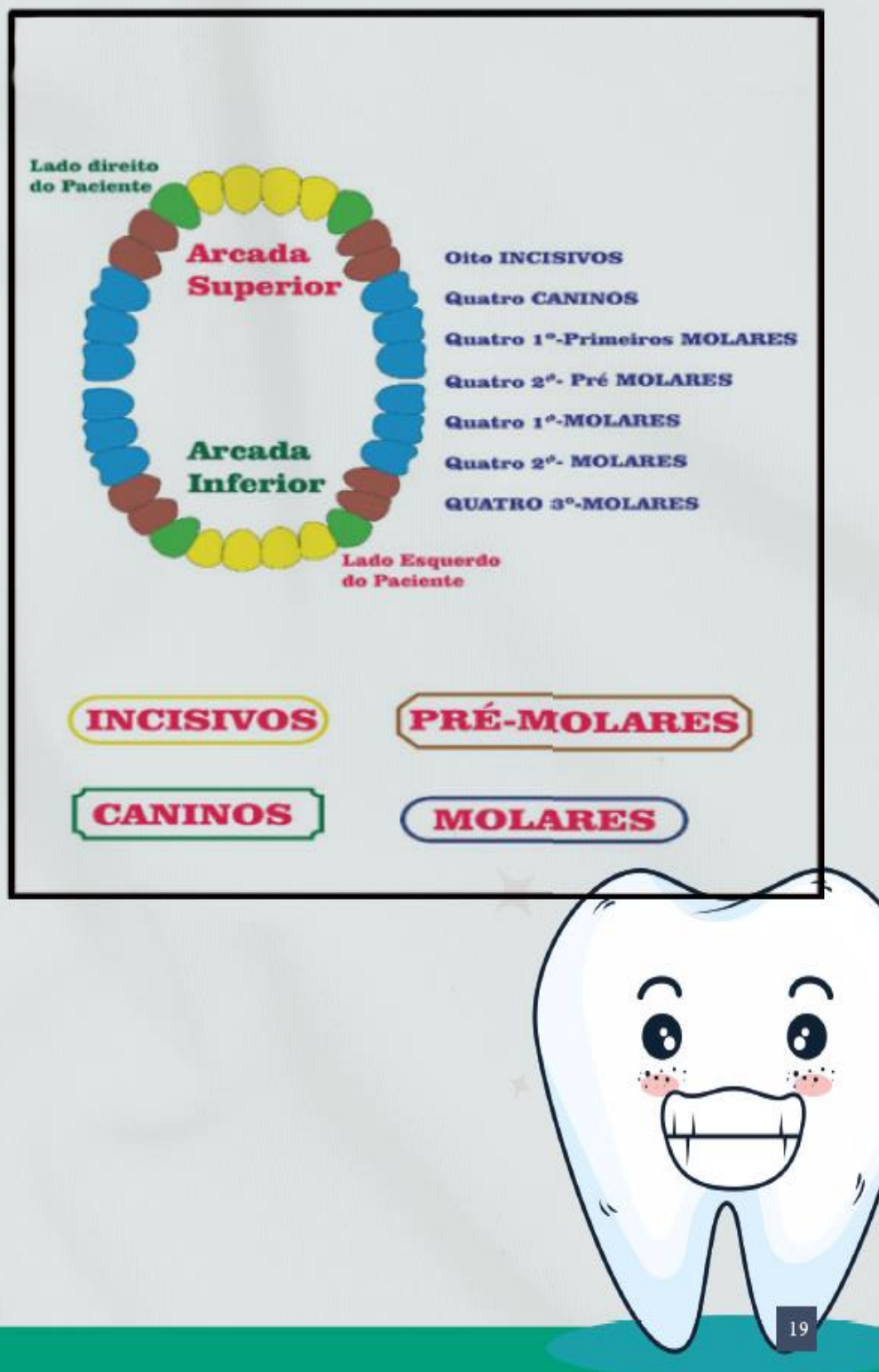


Tipos de dentição; Decídua ou de leite (primeira dentição, dentição mista) e Permanente (segunda dentição, definitiva formada por 32 dentes)

Fig.8 Dentição decídua



Fig.9 Dentição Permanente



4, PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

4.1. Escovação supervisionada direta

a. O que é?

É uma prática necessária no ambiente escolar, principalmente na Educação Básica. Trata-se de uma estratégia eficaz para prevenir doenças bucais, como a cárie e gengivites, contribuindo para o desenvolvimento saudável das crianças e o fortalecimento da relação escola família na medida em que essa prática se estende indiretamente à família. Neste tipo de escovação, o professor, ou profissional, supervisiona a escovação dos dentes das crianças, para garantir que elas realizem o procedimento de maneira adequada e com a frequência recomendada.

b. Objetivos:

- Capacitar os alunos para a higiene bucal;
- Cuidar dos dentes para evitar o surgimento da placa bacteriana;
- Identificar problemas bucais;
- Promover a autonomia;
- Fortalecer a relação escola família.

4.2. Técnicas de escovação

Fig.10 Técnica de Fone



Fig.11 Técnica de escovação de BASS



É a mais utilizada e tem como característica principal a remoção mais efetiva da placa, principalmente, no nível gengival sem retração da gengiva. Com uma leve pressão, as cerdas deverão ser direcionadas dentro do sulco gengival, promovendo uma massagem suave; realizando-se, então, movimentos circulares com maior tendência a movimentos ântero-posterior (Sentido do sulco gengival à ponta do dente). É importante que as cerdas da escova sejam posicionadas, no máximo, em dois dentes e que seja repetido, em média, quatro vezes no mesmo grupo de dentes. É excelente para limpeza intramuscular, área de mais difícil acesso.

Fig.12 Demonstração da técnica pela pesquisadora no macro modelo



Fig.13 Criança exercitando a técnica de escovação





PRÁTICA

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE
BUCAL ESCOLAR: ATIVIDADES
NO ESCOVÓDROMO

2

1.1 Conhecendo o escovódromo e a escovação supervisionada

Fig. 14 Escovódromo e espelhos com regulagem de altura



O que é ?

É uma prática comum em ambiente escolar, especialmente na educação infantil e no ensino fundamental. Na escovação supervisionada, o cirurgião dentista, ou o professor responsável, supervisiona a escovação dos dentes das crianças, para garantir que elas realizem o procedimento de maneira adequada e com a frequência recomendada. Trata-se de uma estratégia eficaz para prevenir doenças bucais, promover a educação em saúde bucal e contribuir para o desenvolvimento saudável das crianças, fortalecendo a relação escola família (Bordin, 2012).

Objetivos

- Educar as crianças sobre a importância da higiene bucal e os cuidados com os dentes;
- Orientar e garantir uma higiene bucal eficaz e regular;
- Identificar e prevenir problemas bucais, inclusive doenças;
- Garantir que as pessoas mantenham uma saúde bucal adequada ao longo da vida;
- Promover a autonomia para que as crianças realizem a escovação de forma independente e adequada.
- Fortalecer a relação escola família ao envolver os pais, ou responsáveis, na educação à saúde bucal.

Materiais Utilizados

- Escovódromo;
- Espelhos com regulagem de altura;
- Escovas;
- Macro escovas para demonstração;
- Creme dental com flúor;
- Flúor;
- Fio dental com flúor;
- Evidenciador de placa bacteriana (quando necessário);
- Copos.

Kit para escovação e sua importância

O Kit deve conter escova de dente, creme dental com flúor e fio dental. Geralmente a entrega do kit é uma oportunidade não apenas para fornecer os itens, mas também um momento para educar as crianças sobre a importância de cada item, como usá-los e os cuidados que devem ter com eles, incentivando-as a manter bons hábitos de cuidado bucal a longo prazo.

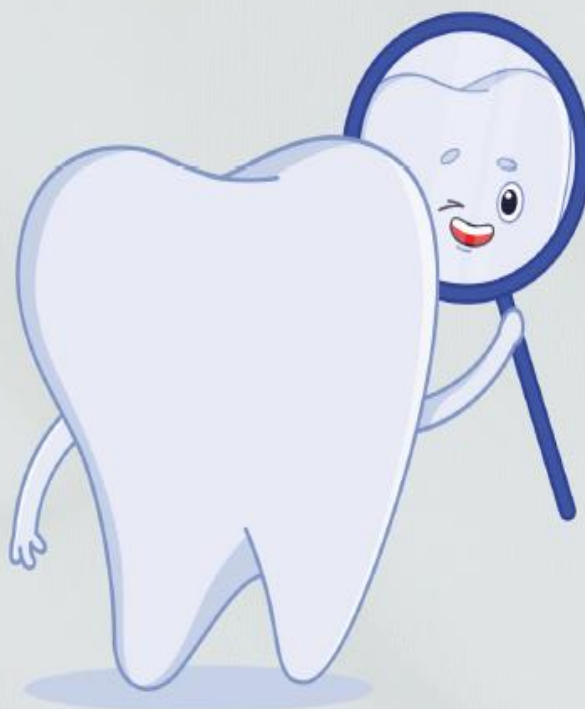


Fig. 15 Entrega do Kit de Prevenção



1.2 Tipo de escova e seu uso

Fig.16. A escova



A escovação regular ajuda a prevenir a formação de cáries, gengivite, mau hálito e outras doenças dentárias. Além disso, ela estimula a circulação sanguínea, importante para garantir uma boa limpeza e evitar danos aos dentes e gengivas. A escova ideal deve ser de cerdas de Nylon macia ou extra macia e agrupadas em tufos; pontas arredondadas para não ferir a gengiva; superfície da parte ativa plana; cabeça pequena para alcançar até os últimos dentes. Ela deve ser trocada a cada três meses, ou quando suas cerdas estiverem irregulares.

Fig.17 Escova correta



Fig.18 Uso indevido de escova gasta



Fig. 19 Acondicionamento correto



Fig. 20 Acondicionamento incorreto



Sua higienização é necessária após o uso. Depois de bem lavada, enxaguada e seca deve ser protegida por uma capinha e armazenada em locais secos, arejados, livres de contato com outras escovas e com superfícies.

Uso do creme dental

Também conhecido como pasta de dente, ou dentífrico, é um produto com consistência de creme, ou gel, composto por diferentes substâncias químicas (fluoretos, abrasivos, agentes de limpeza e aromatizantes).

Função do creme dental

É destinado à higiene bucal, sendo aplicado na escova de dente para facilitar a remoção de resíduos alimentares e prevenir o acúmulo de placa bacteriana e tártaro, assim como prevenir cáries, gengivites (inflamação da gengiva), e mau hálito.

Fig. 21 Quantidade do creme dental com flúor na escova



Geralmente uma pequena quantidade do tamanho de uma ervilha é suficiente, principalmente, para as crianças. É importante orientar para que a criança não engula o creme dental durante a escovação.

Fig 22. Quantidade certa de creme dental na escova



Fio dental

O uso do fio dental não substitui a escovação, mas é uma parte essencial da rotina da higiene e limpeza das regiões entre os dentes, onde a escova não consegue remover os resíduos alimentares e a placa bacteriana. Ele deve ser usado pelo menos uma vez por dia, de preferência antes de dormir.

Fig.23 Fio dental

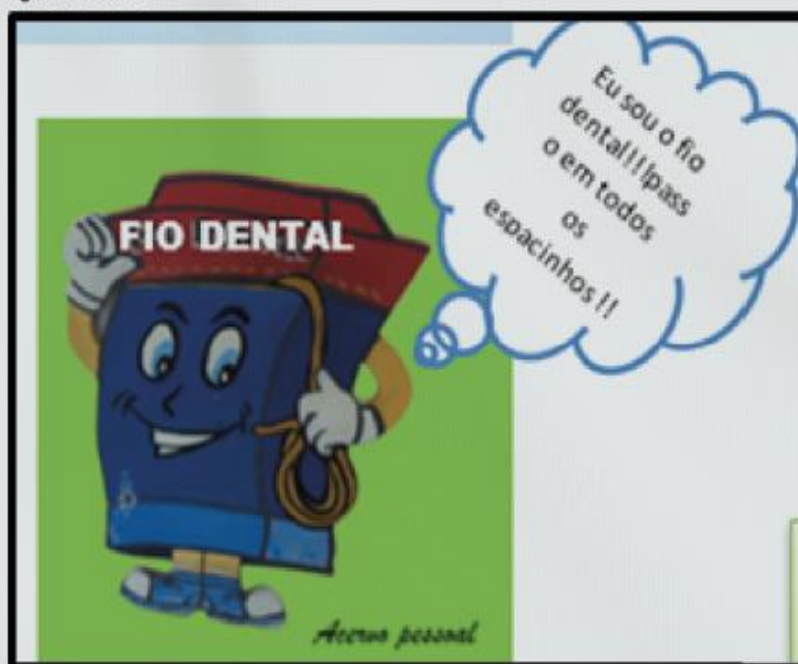
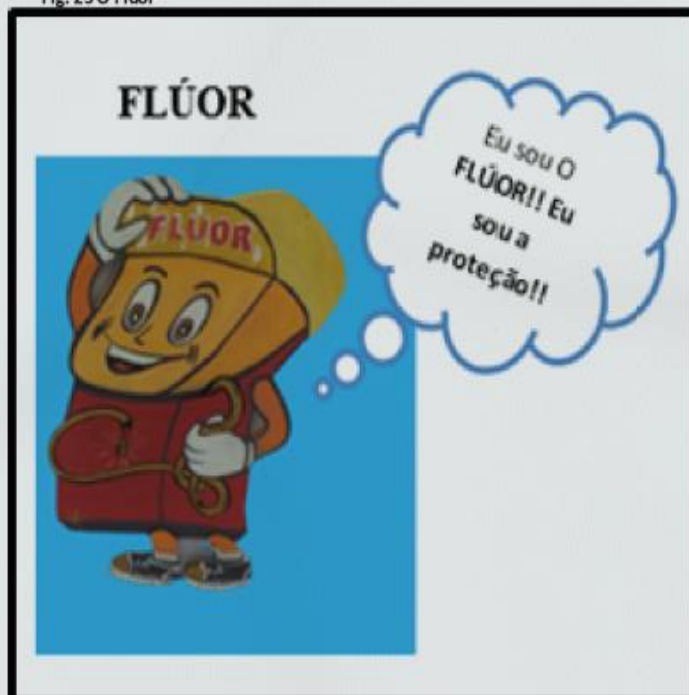


Fig. 24 O uso do fio Dental



Fig. 25 O Flúor



O flúor fortalece o esmalte dentário, sua aplicação periódica é fundamental, pois ajuda a prevenir e reduzir o índice de cárie dentária, promovendo a remineralização do esmalte, tornando-os mais resistentes aos ácidos.

Os reveladores

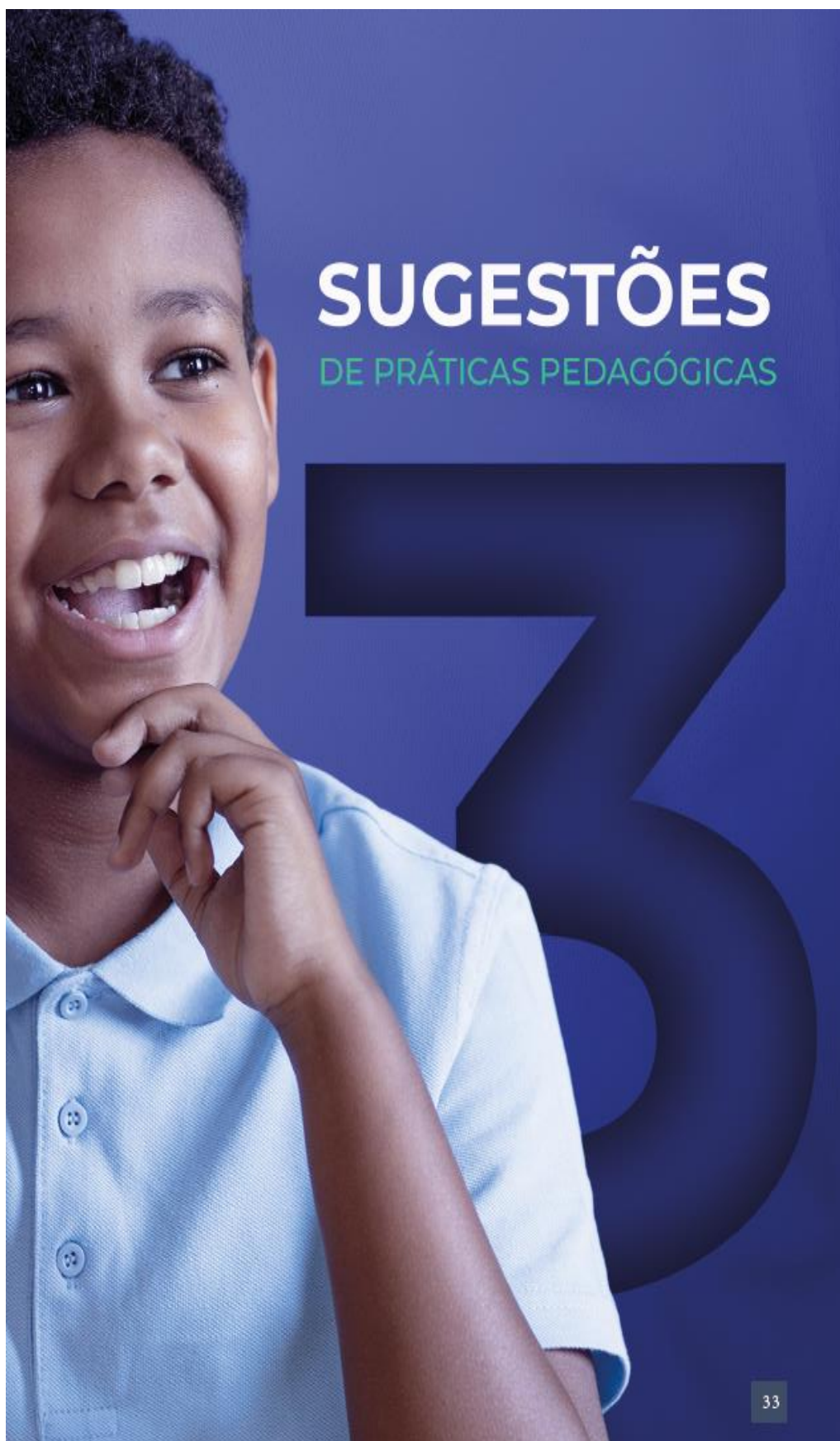
Os reveladores de placa bacteriana possuem substâncias corantes, como a eritrosina que, em contato com o biofilme depositado sobre os dentes, colore os locais onde a higienização não foi bem-feita para que você possa ver e removê-las facilmente



Antes



Depois



5. GAMIFICAÇÃO

Consiste na aplicação de dinâmicas lúdicas como ferramenta de reforço do aprendizado, além de contribuir para o desenvolvimento de habilidades sociais emocionais e cognitivas.

Objetivos:

- Reforçar o aprendizado;
- Desenvolver habilidades sociais e emocionais;
- Aprender de forma lúdica;
- Estimular a criatividade;
- Incluir crianças com algum tipo de deficiência física ou psicológica;
- Estimular o trabalho em equipe.

Amarelinha:

Jogo infantil popular bastante conhecido entre as crianças.

Material sugerido:

Feito em lona com antiderrapante, mas pode ser usado qualquer material, ou desenhado no piso.

Objetivos:

- Identificar os amigos e os inimigos dos dentes;
- Separar a alimentação saudável daquela prejudicial;
- Reconhecer a importância da higiene bucal;
- Discutir a necessidade da manutenção da saúde bucal;
- Estimular a aprendizagem;
- Tornar o processo mais divertido e atraente para as crianças.

Metodologia:

Para iniciar o jogo, é sorteada uma criança que joga a pedrinha na casa número 1, devendo acertar no limite das linhas demarcadas. Em seguida, ela salta dentro da casa individual com apenas um pé, e com os dois, simultaneamente, nas duplas, exceto naquela onde repousa a pedra. Chegando ao céu, pisa com os dois pés e retorna, pulando da mesma forma até a casa 2, onde agacha e, sem perder o equilíbrio, apanha a pedrinha da casa 1 retornando a partida. O jogo segue na sequência numérica até vencer todas as etapas sem erros. Em caso de erro (jogar a pedrinha fora dos limites, esquecer de apanhá-la, ou jogá-la na casa errada, pisar nas linhas, ou na casa em que a pedrinha se encontra, desequilibrar) passa para o próximo participante. Ganha o jogo aquela criança que vencer todos os desafios.

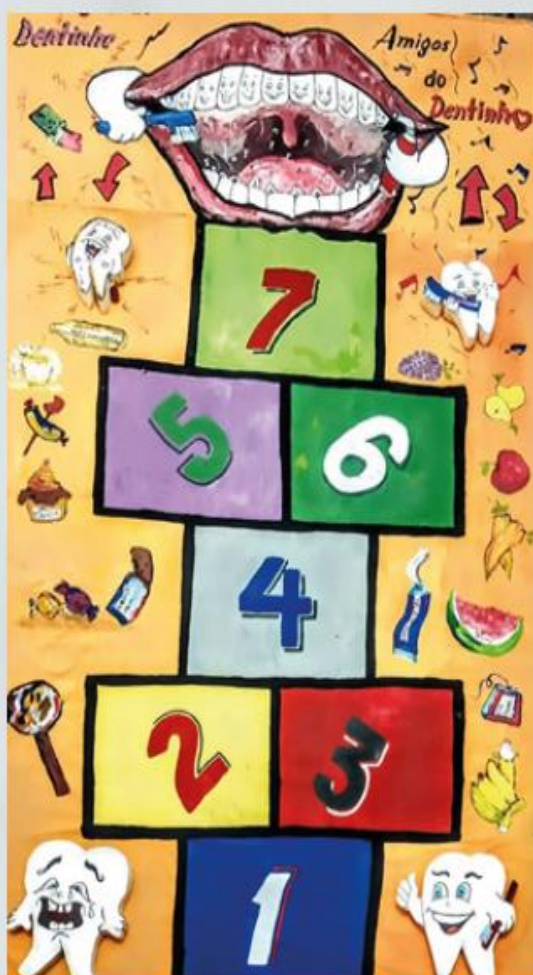


Fig.27 Amarelinha

Jogo da Memória:

O jogo da memória é uma atividade muito utilizada como ferramenta pedagógica nas escolas. Consiste em um conjunto de cartas em número correspondente ao necessário para reforçar a aprendizagem do conteúdo. As cartas apresentam em um dos lados pares de figuras iguais, ou relacionadas; do outro lado numeração que segue uma ordem numérica iniciada no 1 e com termino no número de cartas. Excelente instrumento de aprendizagem, porque é bastante motivador.

Material sugerido:

Cartolina, papelão, papel cartão, dupla face, plástico, etc.

Objetivos:

- Encontrar as cartas pares;
- Fixar o conteúdo estudado;
- Ativar a memória visual;
- Estimular a concentração.

Metodologia:

Inicialmente, todas as cartas estão expostas com as figuras voltadas para cima, para que os participantes possam memorizar os pares, em seguida são viradas para baixo. Sorteia-se a criança que iniciará o jogo. Ela tenta encontrar as cartas pares, se acertar permanece tentando encontrar outros pares; se erra é substituída por novo jogador. Ganha o jogo quem conquistar o maior número e pares.



Fig.28 Jogo da memória com os amigos do dente

TEATRO

O teatro é uma atividade que traz muitos benefícios para as crianças, além de reforçar o aprendizado de forma lúdica, pode ser utilizado como ferramenta de inclusão social, promovendo a valorização da diversidade cultural.

Material sugerido:

TNT (Tecido Não Tecido), papelão, tecidos, objetos, sucata, tintas, maquiagem etc.

Objetivos:

- Aprender a trabalhar em equipe;
- Fixar o conteúdo estudado;
- Desenvolver habilidades de comunicação e expressão corporal;
- Estimular a concentração, a imaginação e a criatividade.

Exemplos de Peças de teatro

Fig.29 Banner



Personagens: Dentinho legal, Escova, Pasta, Fio dental e Flúor.

CENA 1

Abrem-se as cortinas sob o som de uma música bem animada. Entra em cena o Dentinho Legal que se apresenta e apresenta os seus amigos e companheiros de escovação para o público.

Fig. 30 Dentinho Legal



CENA 2

Entram em cena os amigos do dente, cada um se apresenta e fala de suas atribuições no processo de escovação dos dentes.

Fig.31 Crianças vestidas como as Personagens



CENA 3

Entra o senhor Bac Téria e se apresenta, falando sobre como atacar os dentes para deixá-los doentes.

CENA 4

A peça é encerrada com a ação dos amigos do dente que expulsam o Bac Téria.

Fig.32 Senhor Bactéria



2.1 Teatro de Fantoches: Podem ser da mão, de dedo ou de vara.

Materiais:

Espuma; tecidos; papel machê, sucatas, etc.

Metodologia:

Após a escolha de um ou mais temas relevantes, parte-se para elaboração do texto teatral e a seleção dos alunos para interpretar as personagens. Seguem os ensaios para a apresentação da peça seja de fantoches de mão, de dedo, ou de vara. A apresentação pode ser ao vivo, ou gravada.

O DESESPERO DAS FRUTAS

Fig.33 O Cenário



Personagens:

Frutas, Verduras e Legumes

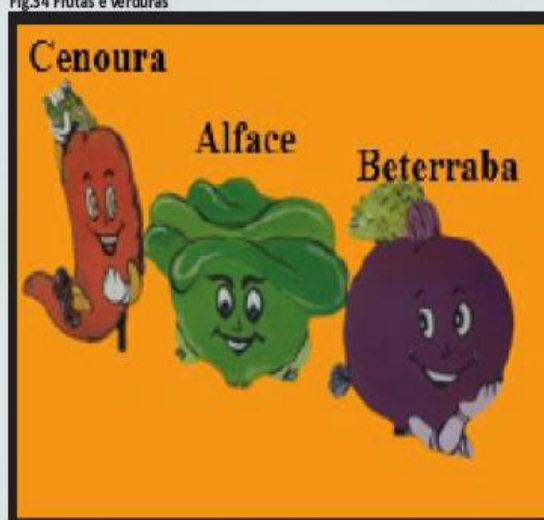
Objetivo:

- Fixar o conteúdo;
- Estimular o hábito da alimentação saudável.

Personagens:

Fada Denty Frícia, Frutas verduras e legumes

Fig.34 Frutas e verduras



CONTAÇÃO DE HISTÓRIA

A contação de história é uma prática pedagógica que consiste na utilização de técnicas de narração oral e/ou dramatização, na qual uma pessoa (adulta ou criança) conta uma história para um público, observando o tipo de voz da personagem que representa.

Objetivos:

- Fixar o conteúdo aprendido;
- Desenvolver habilidades de escuta e de compreensão de textos;
- Estimular habilidades de comunicação, da expressão oral e a corporal;
- Estimular a concentração e a memorização;
- Desenvolver a imaginação e a criatividade;
- Despertar o interesse dos alunos pela leitura e pela literatura.

Exemplos:

1. DENTINHO FELIZ E O MENINO PREGUIÇOSO

Fig 35. Cenário Castelo



Fig.36 Personagens: Dentinho Feliz, Fada Denty Frícia e Bruxa Bak Téria



Num lugar tão... tão longe, num céu da boca de um menino Preguiçoso, vivia Dentinho Feliz e seus irmãos. Ele era forte, belo e bem branquinho.

Ele nasceu e cresceu como sempre quis, branco da cor das nuvens, lisinho e muito feliz.

O garoto Preguiçoso não ouvia da Fada Denty Frícia para comer alimentos saudáveis e escovar o Dentinho Feliz depois das refeições. Ele chupava balas, comia chocolate e doces, bebia Coca-Cola e tomava muito sorvete.

A Fada Denty Frícia explicava como essas guloseimas eram inimigas dos dentes.

Adiantava? Não!

O menino Preguiçoso era teimoso e continuava a comer guloseimas e não escovava o Dentinho Feliz.

O tempo passou, Dentinho Feliz foi perdendo sua cor e ficando cada vez mais amarelinho. Ele começou a ficar triste, porque uma camada grudenta e fedida começou a se formar em seu entorno. Um dia ele descobriu um buraquinho pequeno bem do lado de sua superfície. Dentinho Feliz começou a ficar doente, porque a cada dia o buraco ficava maior. Uma bruxinha má todo dia cutucava aquele buraquinho com seu pelotão de bactérias e o buraco ia aumentando, aumentando, até parecer uma grande cratera.

Fig.37 Evolução da Cárie



O menino começou a sentir muitas dores. Uma grande tristeza se abateu sobre ele.

O menino Preguiçoso, então, desabou a chorar...

Buá...Buá...Buá.

Ele chorava e chorava de tanto que seu Dentinho doía.

A Fada Denty Frícia, não teve outra saída, levou o garoto ao Dr. Salvadente

Adivinhem a explicação para tanta dor?

Isso mesmo que o leitor está pensando. Nosso amigo Dentinho estava cariado, teve de ir para a Unidade de Terapia Intensiva do Dr. Salvadente.

Fig.38 Consultório do Dentista



Lá tiraram radiografia de Dentinho e viram que ele estava careado lá no fundo, bem fundo, precisando de um tratamento de canal.

O dentista era muito bonzinho e aplicou anestesia para o Preguiçoso não sentir dor alguma durante o tratamento. Dentinho foi bem cuidado na clínica.

Foi aí que o Dentista, que era muito legal, apresentou ao menino seus novos amigos: a pasta, a escova e o fio dental.

O medo de sentir as dores novamente, fez o Menino Preguiçoso tomar todos os cuidados para que o Dentinho e seus irmãos nunca mais adquirissem cárie.

Daquele dia em diante, só comia alimentos saudáveis e passava o fio dental com bastante cuidado para retirar os restos de alimento entre os dentes, e não deixa nadinha para trás, onde a amiga escova, por mais que tentasse, não alcança.

Escovava Dentinho, sem pressa, para ele continuar bem branquinho e saudável.

O amigo, Dentinho, voltou a ser Dentinho Feliz, forte e branquinho.

Nunca mais o Menino Preguiçoso sentiu dor de dente.

Acreditem, até mudaram seu nome para Menino Cuidadoso.

2. A ENCRUZILHADA

Fig. 39. O Cenário da Peça Encruzilhada



Fig. 40 Os Personagens: Mãe: Dina; Gêmeos: Nito e Toni; Fada Denty Frícia; Bruxa Bak Téria



Primeira Parte

Numa boca bem bonita de uma menina faceira, viviam os dentinhos gêmeos: Toni e Nito. A história desses dentinhos começa, quando os dois resolvem dar um passeio pelo céu da boca.

No meio do caminho, Toni e Nito chegam numa encruzilhada.

No começo da estrada Buracão, encontram a Bruxa Bak Téria que convida os gêmeos para visitarem a sua casa. Nito não pensa nem um pouquinho e segue a bruxa que traz consigo uma cesta repleta de guloseimas. Toni se recusa a segui-los e toma o rumo da estrada Esmerada. No início dela, ele encontra a Fada Denty Frícia que lhe oferece algumas frutas que traz num cesto e convida o dentinho para sua casa. Toni segue a Fada que por todo percurso ensina sobre alimentação saudável a ele. Toni e Nito tomam caminhos diferentes. Quem dos leitores sabe me dizer, qual dos dentinhos fez a melhor escolha?

Segunda Parte

Na casa da Bruxa Bak Téria, a festa rola solta, a bruxa oferece ao dentinho visitante muitas guloseimas para comer e beber. Nito e a velha dançam e comem sem parar muitos doces, sorvetes, pirulitos, chocolate e bebem bastante refrigerante. Nito se esbalda e nem se lembra de se escovar depois da comilança.

Fig.41 Casa da Bruxa Bak Téria



Na casa da Fada Denty Frícia, a festa também corre animada, dançam felizes. Toni come maçã, banana, mamão, manga, abacaxi, umbu e muitas outras frutas saborosas. Mesmo só comendo frutas, Toni não se esquece de se escovar, temendo doenças doloridas. Ele sabe que a falta de higiene pode causar muitos danos em seu corpinho, por isso mesmo é muito cuidadoso.

Fig.42 Casa da Fada Denty Frícia



Toni e Nito voltam para o seu lugar, na gengiva daquela boca. O tempo vai passando, as folhas das árvores caem e chega o inverno. Nito percebe que não está nada bem. Apareceu no lado esquerdo de seu corpo um buraquinho na primavera que foi crescendo e crescendo e agora o buraco está grandão. Ele está sentindo muita dor.

Seu irmão está saudável, brinca alegremente e não sente dor alguma.

Na encruzilhada os irmãos seguiram caminhos distintos. Um cedeu às guloseimas, comeu doces demais e não se higienizou. Seu irmão esperto comeu apenas frutas e ainda assim cuidou de sua higiene.

Tempos depois, Nito estava amarelinho, fraco e bastante triste, não aguentava de tanta dor.

Fig.43 Evolução da cárie em Nito



Seu irmão só brincava feliz desde o amanhecer do dia.

Essa experiência foi diferente para os dentinhos gêmeos? O que será que a dona da boca fará, agora, que Nito tem um buracão no corpinho e sente muita dor?

EXEMPLOS DE RECURSOS PARA CONTAÇÃO DE HISTÓRIA

3.1. Avental Pedagógico

O avental pedagógico é uma forma lúdica de trabalhar conteúdos diversos por meio de histórias. Neste contexto, o avental apresenta um castelo em forma de boca e as torres do castelo em formato de creme dental. No interior do castelo, vivem habitantes que podem receber visitantes. Tanto os moradores como os visitantes do castelo podem ser amigos, ou inimigos dos dentes. As personagens vão se apresentando conforme aprendizagem e narrativa dos alunos. Levando o estudante a saber identificar o que é bom ou ruim para a saúde da boca.

Fig. 44 Avental Pedagógico

**Material sugerido**

- Avental em material impermeável;
- Palitos de picolé
- Personagens feitos em lona
- EVA (placas para artesanato)

Metodologia:

Trata-se de um recurso pedagógico útil para usar na contação de histórias. Na medida em que a história é contada, as personagens vão saindo de bolsos estratégicos no avental. A linguagem deve ser simples e adequada para o público assistente.

3.1 Fantoques (Títere)

São bonecos (marionetes) que são animados por pessoas que assumem o papel de manipular esses bonecos. Há vários tipos de fantoches, apresentamos alguns a seguir.

Fig.45 Crianças assistindo teatro de fantoches



Fig. 46. Luvoche de meia

Luvoches

São fantoches em forma de luvas que se manipulam com os dedos. O dedo indicador é introduzido na cabeça do boneco, os braços são manipulados pelo dedo anelar e o dedo polegar.



Material sugerido

- Espuma;
- EVA (placas para artesanato);
- Feltro;
- TNT (Tecido Não Tecido) ou retalho de tecido;
- Tecido grosso;
- Meia.

Dedoches

Como o próprio nome anuncia, são pequenos bonequinhos colocados nos dedos das mãos para criar uma pequena encenação teatral, ou dramatização, tanto para uso educacional como recreativo.

Fig. 47 Dedoche de cartolina com figuras



Metodologia:

Por ser um material de fácil confecção, é uma forma lúdica e divertida de contar história, pode ser um ótimo recurso pedagógico para fixar o conteúdo.

Material Sugerido:

- Espuma;
- Feltro, ou outro tecido;
- Papel machê;
- Cartolina.

4. JOGOS

São atividades divertidas que envolvem jogadores e regras. O jogo utilizado como recurso pedagógico são simples e possuem poucas regras.

4.1 Quebra-cabeça

O jogo de quebra-cabeça pode ser usado para desenvolver habilidades cognitivas como resolução de problemas, raciocínio lógico, atenção e concentração, reforçar o aprendizado dos alunos, ajudando-os a consolidar o conhecimento adquirido em sala de aula, enquanto diverte.

Fig.48 Quebra-cabeça com palitos de sorvete



Objetivos:

- . Memorizar o conteúdo;
- .Prevenir a saúde bucal;
- .Fixar o conteúdo sobre alimentação saudável;
- . divertir enquanto aprende.

Metodologia:

Primeiro, colar os palitos de sorvete paralelamente numa fita crepe. Desenhar, ou colar de um lado as figuras destacando-as.

Apos secarem, retirar a fita. Na hora do jogo, misturar bem as peças. O jogo pode ser brincado individualmente, ou em dupla, para torná-lo ainda mais desafiador.

Materiais sugeridos:

- .Palitos de picole, papel cartão, papelão, etc;
- .Tinta ou marcadores coloridos;
- .Gravuras;
- . Cola

5. MACRO MODELOS

São modelos de objetos reais que se deseja representar em tamanhos exagerados. Em saúde bucal podem ser criados: dentes (bons, em início ou grau avançado de cárie), escovas de dente, creme dental (amigos do dente), frutas e legumes (alimentação saudável) entre outros.

Objetivos:

- Facilitar as explicações das técnicas utilizadas na prevenção em saúde bucal;
- Aprender técnicas de escovação;
- compreender como se forma a cárie e outras doenças bucais;

Metodologia:

Em saúde bucal, esses modelos são utilizados para demonstrar como a má alimentação e a falta de higiene podem causar doenças dentárias. Também o seu inverso, buscam explicar os fatores que influenciam a saúde bucal e as formas de preveni-las, assim como as intervenções que podem ser implementadas para promover a saúde.

Materiais sugeridos:

- Papelão;
- Madeira;
- Fibra de vidro;
- Resina;
- Isopor;
- EVA (placas para artesanato).

Fig. 49 Macro Modelos



REFERÊNCIAS

ARCIERI, RENATO MOREIRA et al. Educação em saúde bucal para pré-escolares: uma revisão da literatura. **Revista Uningá**, v. 28, n. 1, 2011.

BEZERRA, L; SOUZA, L. A promoção da saúde bucal por meio do uso de uma cartilha informativa.10.31692/2526-7701. IV COINTERPDVAgro.2019.0187.

CASAI, Paula Milena Melo et al. Placa bacteriana dental como um biofilme. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, v. 43, n. 1, 2013.

COTA, Ana Lídia Soares; COSTA, Bárbara Jéssica de Assunção. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. **Saúde e pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017.

DONO, Milalita Tavares Silva et al. **Promoção de saúde com ênfase em saúde bucal em escolares na ilha do Maio, Cabo Verde: Projeto de intervenção**. 2013.

DOS SANTOS GASPARINIO, Luiza Cristina. **Educação em saúde bucal: o uso de ferramentas lúdicas na escola**. 2015.

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

FERREIRA, A. D. S. et al. A história da Educação em Saúde e seus modelos de prática impostos à sociedade. **Diversitas Journal**, v. 1, n. 1, p. 48-54, 2016.

FREIRE, Gabriel Gonçalves; GUERRINI, Daniel; DUTRA, Alessandra. O Mestrado Profissional em Ensino e os Produtos Educacionais: a pesquisa na formação docente. **Porto das Letras**, v. 2, n. 1, p. 100-114, 2016.

FREIRE, P. Educação "bancária" e educação libertadora. *Introdução à psicologia escolar*, v. 3, p. 61-78, 1997. IBGE cidades disponível em: h





APÊNDICE F - Ficha avaliativa com respostas

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

**Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba**

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO**

Produto Educacional – PE: Livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

lidar com a resistência de alguns profissionais em aderir ao projeto.

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Risobone Araújo Granger
Assinatura do(a) docente

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA
NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO
ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

Produto Educacional – PE: Livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências
exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

*A acitação da comunidade escolar
• Trabalho de forma transdisciplinar e inter-
disciplinar.*

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Ernestina Gonçalves Soares

Assinatura do(a) docente

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr.ª Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA
NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO
ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

Produto Educacional – PE: Livreto brincando e aprendendo; Relatório de experiências
exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p>() Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera –se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p>() O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

A aplicação da interdisciplinaridade, visando a melhor aplicabilidade do supracitado produto.

- Outras observações (se desejar):
-
-

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Elisângela Meira dos Santos

Assinatura do(a) docente

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

Sem desafios, pois o produto
Foi bem elaborado e aplicado.

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Assinatura do(a) docente Laany M. Murta Cotrim

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

Escola Nossa Senhora de Fátima

Brumado -Ba

Foram enviadas as atividades do PE para a Direção para que ela respondesse juntamente com a coordenação da escola e, em seguida, procedesse a distribuição da ficha para que os professores, individualmente, avaliassem a aplicabilidade, pontos positivos e negativos do Produto Educacional.

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr.ª Luciete de Cassia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO**

Produto Educacional – PE: livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende –se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
--	---

Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.	() O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
	() O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
*Marcar só um item	

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?
Os desafios foram sanados facilmente pois o produto destacou a fidelidade do cuidado com abordagem humanizada com valorização do tempo.
- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

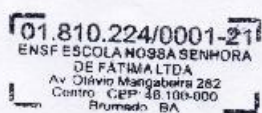
Assinatura e carimbo

Diretor (a): *Maria José Fomilho de Azeite*

Coordenação: *Cláudia Siqueira Maximata*

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos



FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

Produto Educacional – PE: livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

Mobilizar toda comunidade escolar, o que inclui alunos, pais, comunidade, professores, gestores, funcionários

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Edna Maria Costa Pinto Silva
Assinatura do(a) docente

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

**Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba**

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO**

Produto Educacional – PE: livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

**Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba**

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BALANO**

Produto Educacional – PE: livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera-se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.
--------------------	---

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

O produto foi bem elaborado e aplicado, portanto, não precisa de desafios.

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Assinatura do(a) docente

Verônica Aguiar Pires

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

FICHA AVALIATIVA DA APLICAÇÃO/TESTE DO PRODUTO

Escola Nossa Senhora de Fátima
Brumado-Ba

Discente: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Profª. Drª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

Título da Dissertação: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DA ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL MIRANTE, POVOADO ARRECIFE, BRUMADO, ALTO SERTÃO BAIANO

Produto Educacional – PE: livreto brincando e aprendendo: Relatório de experiências exitosas em Saúde Bucal

<p>Produto Educacional – PE</p> <p>Complexidade – Compreende-se como uma propriedade relacionada às etapas da elaboração.</p> <p>*assinar mais de um item</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> O PE foi realizado a partir da prática do profissional.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O PE está direcionado a faixa etária/série das crianças.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A metodologia apresenta clareza dos objetivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Há limites sobre a utilização do PE.</p>
<p>Impactos – Considera –se a forma como o PE foi utilizado e aplicado nos sistemas educacionais.</p>	<p><input type="checkbox"/> O PE não foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do discente.</p>

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do docente.
--------------------	--

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

O produto foi bem elaborado e passou de forma clara e concisa!

- Outras observações (se desejar):

Foi interessante e enriquecedor participar deste programa

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Assinatura do(a) docente

Edna Maria Costa Pinto Silva

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do docente.
--------------------	--

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

Não há desafios

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Assinatura do(a) docente

*Karla Alexandra Spinola
Costa da Silva*

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr.ª Luciete de Cássia Souza Lima Bastos

*Marcar só um item	<input checked="" type="checkbox"/> O PE foi utilizado no sistema educacional relacionado a prática profissional do docente.
--------------------	--

Desafios relacionados à aplicação do PE

- Quais os desafios para a aplicação deste Produto?

Não há desafios

- Outras observações (se desejar):

Datas da Aplicação/Teste: 01/08/2023 a 11/08/2023

Assinatura do(a) docente

*Karla Alexandra Spinola
Costa da Silva*

Pesquisadora: Edna Maria Costa Pinto Silva

Orientadora: Prof. Dr.ª Luciete de Cássia Souza Lima Bastos