

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

EULER FRANKLIN DA PAIXÃO SANTOS

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM CAMPO EM BUSCA DA
DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DOS ALUNOS DA REDE
MUNICIPAL DE JUCURUÇU-BA.**

**SÃO MATEUS - ES
2019**

EULER FRANKLIN DA PAIXÃO SANTOS

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM CAMPO EM BUSCA DA
DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DOS ALUNOS DA REDE
MUNICIPAL DE JUCURUÇU-BA.

Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Firmes Marinato

SÃO MATEUS- ES
2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

S237p

Santos, Euler Franklin da Paixão.

Programa saúde na escola: um campo em busca da diminuição do índice de cárie dos alunos da rede municipal de Jucuruçu - BA / Euler Franklin da Paixão Santos – São Mateus - ES, 2019.

86 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa Firmes.

1. Educação. 2. Saúde Bucal. 3. Cárie dentária. 4. Jucuruçu - BA. I. Firmes, Luciana Barbosa. II. Título.

CDD: 613.4

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

EULER FRANKLIN DA PAIXÃO SANTOS

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM CAMPO EM BUSCA DA
DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DOS ALUNOS DA REDE
MUNICIPAL DE JUCURUÇU-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovado em 29 de abril de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA



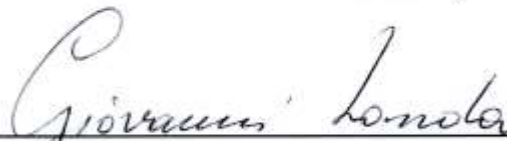
Profa. Dra. Luciana Barbosa Firmes Marinato
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa
Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

AGRADECIMENTOS

Quando comecei a pensar em todas as pessoas as quais gostaria de expressar minha gratidão pela ajuda, colaboração, sugestão, confiança, companheirismo, oração e trabalho árduo para ultrapassar mais esta fase nos estudos, torna este mestrado possível. Achei que um simples obrigado seria muito pouco.

Pois agradeço a Deus, fonte de toda minha determinação em transpor todos os obstáculos e por sua constante presença em minha vida.

A minha esposa Daniela companheira de sala e da vida a qual tenho a honra de ser casado há 15 anos, as minhas filhas Anna Clara e Isabella pelo carinho, aos meus pais pela sublimação da vida, a meu irmão pela torcida.

Agradeço as amigas de trabalho da estratégia saúde da família de Coqueiro que ajudaram na coleta dos dados, assim como todos os (as) professores (as), diretores (as) das escolas e creches do município de Jucuruçu-Ba.

Agradeço aos professores do mestrado da Faculdade Vale do Cricaré que compartilharam comigo a longa trajetória da construção do meu conhecimento. A todos fica aqui registrado meu sincero agradecimento.

Pesquiso para constatar, constatando, intervenho intervindo educo e me educo. Pesquiso para saber o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. "... Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História. ”

(PAULO FREIRE)

RESUMO

SANTOS, Euler Franklin da Paixão. Programa saúde na escola: um campo em busca da diminuição do índice de cárie dos alunos da rede municipal de Jucuruçu-BA. 2019. 86f. Dissertação (mestrado em Ciência, tecnologia e educação) – Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES, 2019.

O estudo proposto aborda o Programa Saúde na Escola, visando à saúde bucal e suas contribuições no combate aos altos índices de cáries. O principal objetivo do programa é proporcionar às comunidades escolares participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, proporcionando o enfrentamento de vulnerabilidades que comprometam o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. Portanto, esse trabalho tem como objetivo avaliar a execução do programa de saúde na escola, correlacionando-o com o quantitativo de cárie em estudantes do ensino infantil e fundamental II da cidade de Jucuruçu - BA. A metodologia está ancorada na abordagem quali-quantitativa, dada a especificidade do objeto investigado e a pesquisa de campo. Os resultados encontrados na pesquisa trouxeram avaliações significativas sobre o conhecimento em saúde bucal dos estudantes e, conseqüentemente, possibilitaram maior acesso a outros serviços odontológicos. Foi possível comparar, por meio dos índices CPO-D e ceo-d a execução do programa saúde na escola, bem como, avaliação dos índices de cáries nas creches e escolas, onde foram realizadas as atividades do PSE. Diante disso, o trabalho odontológico dentro das escolas é imprescindível, uma vez que esse profissional atua como facilitador da prevenção, combate, orientação sobre os cuidados necessários com a saúde bucal, possibilitando aos alunos um amplo conhecimento dos hábitos relevantes que ajudam a manter os dentes fortes e saudáveis.

Palavra-Chave: Educação. Saúde Bucal. Cárie Dentária.

ABSTRACT

SANTOS, Euler Franklin da Paixão. Health program at the school: a field in search of the decrease of the caries index of the students of the municipal network of Jucuruçu-BA. 2019. 86f. Dissertation (Master in Science, Technology and Education) - Faculdade Vale do Cricaré - São Mateus - ES, 2019.

The proposed study addresses the Health in School Program, aiming at oral health and its contributions in the fight against high caries index. The main objective of the program is to provide school communities with participation in programs and projects that articulate health and education, providing the coping of vulnerabilities that jeopardize the full development of children and adolescents. Therefore, this study aims to evaluate the implementation of the health program in the school, correlating it with the quantitative of caries in primary and secondary education students II of the city of Jucuruçu - BA. The methodology is anchored in the qualitative approach, given the specificity of the investigated object and field research. The results found in the research brought significant evaluations of students' oral health knowledge and, consequently, allowed greater access to other dental services. It was possible to compare, through the CPO-D and ceo-d indices, the execution of the health program in the school, as well as evaluation of the caries indexes in day care centers and schools, where PSE activities were carried out. Faced with this, dental work within schools is essential, since this professional acts as a facilitator of prevention, combat, guidance on necessary care with oral health, allowing students a broad knowledge of the relevant habits that help maintain teeth strong and healthy.

Keyword: Education. Oral Health. Dental cavity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores Etiológicos da Cárie.....	33
Figura 2 – Valores do CPO-D no Brasil em 1980 a 2010.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da OMS para Valores do CPO-D Médio de uma População, considerada aos 12 anos de idade.....	37
Tabela 2 – Pesquisa de Abrangência na Região Nordeste.....	38
Tabela 3 – Componentes Estatísticos do ceo-d.....	38
Tabela 4 – Perfil das Escolas Entrevistadas.....	41
Tabela 5 – Perfil dos Alunos das Escolas.....	44
Tabela 6 – Execução do Programa Saúde na Escola.....	52
Tabela 7 – Realização das Atividades.....	53
Tabela 8 – Profissionais de Saúde Presentes nas Escolas Segundo Professores Participantes da Pesquisa.....	54
Tabela 9 – Relatos dos Professores sobre a Importância da Orientação em Saúde Bucal.....	55
Tabela 10 – Avaliação CPOD das Escolas 01 e 02.....	58
Tabela 11 – Avaliação Ceo-d das Creches	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 e 2 – Respostas de alunos quando questionados sobre como evitar cáries	44
Gráfico 3 e 4 - Periodicidade de Escovação?.....	46
Gráfico 5 e 6 – Periodicidade de visitas dos alunos ao dentista anualmente.....	48
Gráfico 7 e 8 – Relatos dos alunos de Tratamento para Remoção de Cáries.....	50
Gráfico 9 – Número de Atividades Relacionadas a Saúde Bucal nas Escolas.....	51
Gráfico 10 - Índice de Ceo-d nas Regiões Brasileiras.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo geral.....	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	15
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR - O QUE É PSE?	22
2.3 SAÚDE BUCAL NO ESPAÇO ESCOLAR.....	26
2.4 AVALIAÇÃO ETIOLÓGICA E EPIDEMIOLÓGICA DA CÁRIE DENTÁRIA.....	30
3 METODOLOGIA.....	41
3.1 ABORDAGEM.....	41
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	41
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	42
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
4.1 ENTREVISTA COM OS ALUNOS.....	43
4.2 ENTREVISTA COM OS PROFESSORES.....	51
4.3 AVALIAÇÃO CPO-D E CEO-D.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO 1 – Ficha de Avaliação CPO-D e ceo-d.....	75
ANEXO 2 – Condições de Saúde Bucal na Escola.....	76
APÊNDICE A – Termo de Autorização para Realização da Pesquisa.....	78
APÊNDICE B – Imagem – Realização de Atividades.....	82
APÊNDICE C – Folder entregue durante atividades.....	83
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	84

1 INTRODUÇÃO

A área da Saúde Pública possui uma grandiosidade própria quanto ao volume de conhecimentos, que pode facilmente torna arcaica uma informação obtida há pouco tempo e tida como inovadora. Isso se deve basicamente ao fato desse conhecimento derivar-se de normas e processos publicados pelo nível federal, através do Ministério da Saúde.

Partindo desta premissa foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007 pelo decreto 6.286, de 5 de dezembro que tem como iniciativa parte do entendimento de que a escola como espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, fundamentais para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e determinantes para a produção social da saúde.

O programa tem como principal objetivo proporcionar às comunidades escolares a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, prevendo o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Neste trabalho, avalia-se como o Programa Saúde na Escola contribui para a diminuição da incidência de cáries nos alunos do ensino fundamental I e II na escola Adolfo Lopes Moitinho, e educação infantil na creche Vovó Danda no distrito de Coqueiro, e a Escola Cecília Meireles e a creche João e Maria no município de Jucuruçu-BA.

A pesquisa tem por base estudos de Flanders (1987) que considera a escola um ambiente importante para o desenvolvimento de ações educativas, com a possibilidade de trabalhar vários anos seguidos com os alunos. Nesse sentido, no planejamento de programas de Educação em Saúde torna-se imprescindível o conhecimento do ambiente escolar antes de qualquer intervenção.

Também nas pesquisas de Manfredini (2003) quando diz que a educação em saúde bucal tem como objetivo o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve-se fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde bucal quando julgar necessário.

Dessa maneira, ao considerar as questões da saúde bucal nas escolas, e conseqüentemente a necessidade do Programa Saúde na Escola (PSE), faz-se necessário a discussão dessa temática. E com isso emerge uma questão chave para este estudo: Como o Programa Saúde Bucal na Escola pode contribuir para a diminuição de índices de cáries dos alunos da rede Municipal de Jucuruçu-BA?

1.1 JUSTIFICATIVA

A escola atual não é apenas um local onde se ensina português, matemática e ciências, mas também um centro de multiplicação de informações sobre prevenção de acidentes, hábitos de higiene, abuso de drogas e outros temas de relevância. É importante que o aluno seja visto de forma integral uma vez que o aspecto biopsicossocial do mesmo passa a influenciar de forma primordial sobre seu aprendizado. Sabe-se hoje que saúde quer dizer mais do que a simples ausência de doença.

A realização de ações educativas de promoção da saúde, ideia já antiga, vem se concretizando com a criação do Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma iniciativa já difundida em alguns países e que vem se desenvolvendo lentamente em escolas brasileiras.

A promoção de saúde em uma população é um importante curso para estabelecer a prevenção da cárie. Quando associada às escolas, a promoção de saúde altera hábitos e comportamentos de forma favorável na redução de cáries.

Sendo assim, o tema proposto apresenta grande contribuição para a área profissional, bem como, influenciando nos cuidados da saúde bucal no âmbito escolar. O mesmo abre portas para um processo saudável e possibilita a promoção da saúde em vários setores sociais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a execução do Programa Saúde na Escola no campo da saúde bucal, correlacionando-o ao quantitativo de cáries nos estudantes do ensino fundamental II na escola Adolfo Lopes Moitinho e educação infantil na creche Vovó Danda no distrito

de Coqueiro, assim como da Escola Cecília Meireles e da creche João e Maria no município de Jucuruçu-BA.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar a qualidade do desenvolvimento das ações do PSE através de entrevista com os educadores das instituições pesquisadas;
- Descrever rotina de cuidados com a saúde bucal dos alunos;
- Demonstrar o índice de cárie em crianças do ensino infantil e fundamental II nas escolas e creches citadas;
- Analisar a relação entre a eficácia da execução do PSE e a quantidade de cárie dos estudantes do ensino fundamental II das escolas Adolfo Lopes Moitinho e Cecília Meireles.
- Elaborar panfleto com orientações sobre higiene bucal, para ser entregue aos alunos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura faz uma reflexão histórica da saúde bucal no Brasil até a implementação do Programa Saúde na Escola no município de Jucuruçu em 2009. E em seguida conceitua o Programa Saúde na Escola (PSE) e aborda a possibilidade de diminuição de cárie em alunos da rede municipal do ensino infantil e fundamental II do município de Jucuruçu.

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

O tema saúde tem sido discutido e debatido nos dias atuais, haja vista, que é conveniente assistir os indivíduos em suas debilitações e dificuldades estruturais e sociais, exige uma atenção necessária de recursos importantes no atendimento dessas pessoas, bem como, recursos humanos capacitados nos cuidados da população.

A saúde pode ter como definições: bom funcionamento orgânico; ausência de doenças; completo bem-estar biopsicossocial. Sua concepção, contudo, é traço cultural e, como tal, deve levar em consideração aspectos sócio contextuais e culturais. Assim o faz Campos (2003) que, ao descrever sobre a relação entre saúde e cultura, caracteriza-as como construções histórico-sociais.

De acordo (JUNIOR, 2013), o conceito clássico de Saúde Pública define o termo como a arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida, possibilitar a saúde e a eficiência física e mental através do esforço organizado da comunidade. Isto envolve uma série de medidas adequadas para o desenvolvimento de uma estrutura social capaz de proporcionar a todos os indivíduos de uma sociedade a condição de saúde necessária.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, Sabroza (2005) recorre aos circuitos espaciais de produção econômica e social da geografia crítica de Santos (2008) para diferenciar os vulneráveis, inseridos no circuito inferior onde prevalecem economia informal e ausência de seguridade social, daqueles excluídos, sem fonte de renda e condição de cidadania. O circuito superior, do capital intensivo, é alimentado pela produtividade do inferior; e o trabalhador integrado neste último representa baixo custo social para o capital e para o Estado e é permanentemente ameaçado pela insalubridade e possibilidade de tornar-se excluído.

A saúde garante melhorias na qualidade de vida, uma vez que se encontra associada as suas condições básicas, que envolvem alimentação, educação, saúde, habitação, entre outros. Por meio dessas condições favoráveis o homem pode viver melhor em sociedade.

Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida. No entanto, predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa (GIOVANELLA, 2017). A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas. As imprecisões conceituais decorrem das diversas influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas (ROVERE, 2012). O artigo de Mello (2009), citado pelos autores, retrata bem os processos históricos de construção dessas concepções e discute suas diferenciações.

Os autores citados definem a saúde em vários contextos, uma vez que ela está relacionada a diversos fatores da vida, como lazer, alimentação, renda, moradia, trabalho e meio ambiente, além de fatores como situação de pobreza, etnia e raça que afetam ainda mais as desigualdades sociais.

No entanto, este conceito tem possibilitado uma interpretação de que o SUS deve garantir “tudo para todos”. O cotejamento da realidade orçamentária com essa concepção, quase acrítica, de que tudo deva ser ofertado, na ótica de que tudo é direito do cidadão, tem contribuído para o crescente fenômeno da judicialização. (SCHULZE, 2017).

No Brasil as políticas de saúde tiveram sua formação a partir do grande surto de enfermidades que invadiam as populações e deixava as pessoas em situação de riscos e vulneráveis. Diante dessas questões, passaram a discutir sobre essas políticas e suas contribuições para a sociedade. Nesse período a questão sanitária se fez circunscrita à corporação médica e as entidades religiosas. Originando assim uma abordagem de educação em saúde e conseqüentemente uma remodelação dos serviços sanitários do país. Contudo, o estado de saúde da população ainda permanecia precário, favorecendo o surgimento do Movimento Sanitário, que posteriormente influenciou significativamente na redação final da constituição promulgada em 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BERTOLLI,

2003).

Com a Constituição Federal de 1988 realizou algumas mudanças principalmente em relação ao papel do Estado, e inovou com força todo o contexto histórico jurídico-institucional do sistema público de saúde, onde foi criada uma ligação entre o governo e uma diversidade de atores envolvidos, criando assim o (SUS).

A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. (BRASIL, 1990).

Através do advento do Sistema Único de Saúde, e, substancialmente, do maior empenho do Governo em propor políticas públicas para toda a sociedade, oportunizou-se construir um conjunto de ações que pudessem atender as necessidades de saúde da população, que englobaram a identificação dos problemas, a formação de ações voltadas para resolução dos problemas bem como a execução de ações com vistas à implementação destas estratégias. (BRASIL, 1990).

Com isso, a lei 8080/90 determinou através da Lei Orgânica de Saúde (LOS - 1990), aspectos necessários para uma saúde qualificada, protegida e com ações recuperadas, devendo ser realizada através dos serviços sanitários e das organizações públicas de saúde.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica. Entende-se por assistência às pessoas a atenção à saúde em tudo que envolve o ser humano, como as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 1990).

Com a urgência de beneficiar a população, a Constituição Federal de 1988 universaliza o direito e permite a sociedade identificar a garantia ao acesso dos serviços, impedindo assim a discriminação e a exclusão social. A criação do SUS e a Constituição abriram novos espaços e permitiu a participação dos usuários através de um serviço formado por uma gestão democrática, onde todos tenham o direito de acessibilidades dos bens e serviços ofertados pelo Estado.

A organização dos serviços no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador,

inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009).

Assim, o SUS ganhou base legal e passou a se confrontar com fatores ideológicos e econômicos, tendo a conquista desse sistema nos dias atuais ajudando nas dificuldades de saúde da população. O SUS ainda é discussão política que vem acarretando diversos problemas sociais. (BRASIL, 1990).

A história da saúde bucal no Brasil tem início no século XIX onde algumas normas regulatórias da Odontologia classificaram a profissão sanitária, constituindo assim o cenário odontológico. No século XX, a saúde pública ganha avanços significativos no combate às endemias através do Sanitarismo Campanista. Em seguida o sistema previdenciário cria em 1923 o CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensões, concretizando os serviços e saúde bucal. Nesse período surgiram possibilidades voltadas para o flúor, onde milhões de pessoas foram beneficiadas. (BRASIL, 1990).

O período de 1930 a 1945, conforme comentado por Mendes (1994), constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passa a ser secundária e provisória. Com o avanço do processo de industrialização vivido a partir de 1950, houve um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Dessa forma, os IAPs foram concentrados e substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, visando à uniformização dos benefícios.

Nas décadas de 50 e 60 cria-se o Ministério da Saúde e a partir disso a odontologia adquire espaço, erguendo a seu favor o Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia (SESP). Esse serviço contribui para a formação do Sistema Incremental de Atenção Escolar, promovendo neste mesmo ano a fluoretação das águas de abastecimento público, tendo como base os Estados, Baixo Gandu (ES) e Aimorés (MG).

Em 1957, é promulgada a Lei Estadual nº 3125, que obriga a fluoretação das águas de abastecimento público no Estado do Rio Grande do Sul, tendo o Brasil como o pioneiro nesse processo. Vinculado ao Ministério de Saúde, o Brasil tem:

Redefinidas suas funções que passaram a ser de promover, nas áreas de expansão, programas de saúde, de saneamento, de treinamento de pessoal técnico e auxiliar, bem como realizar estudos, inquéritos e pesquisas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades. (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 2006, p. 131).

A partir da década de 70, os serviços de saúde bucal no Brasil enfrentaram dificuldades. Ocasionalmente, em 1977, a hegemonia do modelo médico assistencial, resultando no financiamento pelo Estado do setor privado nacional, que oferecia a parte médica, e do setor privado internacional, que oferecia equipamentos, o que reforçou a geração de uma universalização excludente, com a expansão do sistema de saúde acompanhada da exclusão de indivíduos das camadas médias e do operariado, que não se enquadravam nos setores citados. A visão predominante nesse quadro é a curativa, individual, médico-hospitalar e centralizada. Com o problema da exclusão de grande parte da população, em 1978, foi evidenciada a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a ideia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada por movimentos contra hegemônicos, formados após a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica O processo de redemocratização do país ocorreu após esse período de profunda crise econômica e da previdência social (MENDES, 1994).

Com os avanços odontológicos, em 1978 acontece a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, que possuía uma Medicina Comunitária, que tinha como objetivo realizar a separação da prevenção-cura. Apesar de a proposta ser necessária, não oferecia garantia no país, tendo em vista que Sistema Incremental exigia recursos administrativos e espaços físicos adequados para a prevenção e a educação em saúde bucal na educação. (SCOREL, S. et al 2005).

Seguindo o formulário ortodoxo ditado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o governo adota uma série de medidas que, salvo algumas alterações, vão permear todo o período recessivo (final de 1980 a 1983). Implantadas com o objetivo de reduzir a inflação e viabilizar o pagamento dos serviços da dívida externa, através da obtenção de superávits comerciais, essas medidas se mostraram, no entanto, ineficazes e contraditórias. Em linhas gerais, foram promovidos cortes nos gastos

públicos e nos orçamentos das estatais (REICHSTUL; COUTINHO, 1983); eliminação de subsídios (principalmente ligados a produtos agrícolas); liberação da taxa interna de juros (que subiu violentamente); controle rigoroso da expansão monetária; e incentivos para obtenção de saldos na balança comercial.

Ainda na década de 80, o país cresceu com o Movimento da Reforma Sanitária, onde teve a manifestação de diversos movimentos populares. Nesse período foram criados o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), que utilizou a odontologia simplificada, através de insumos, produção de equipamentos visando toda a rede. O PREVESAÚDE foi um dos programas que concretizou a saúde bucal, e permitiu que vários serviços fossem ofertados através das unidades de saúde. Nesse mesmo segmento surgiram o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), ambos contribuíram para que os municípios desenvolvessem ações odontológicas nas escolas, promovendo também os recursos necessários para a prática profissional. (BRASIL, 1980).

Marca o início do segundo período da conjuntura sob análise a realização da 7ª CNS (março de 1980) quando, pela primeira vez, a prática odontológica chega a constituir um dos temas de debate. Em conformidade com a temática central da conferência, o subtema relativo à saúde bucal teve por título a “Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde”. (BRASIL, 1980b). Considerando que a odontologia teria um papel definido a cumprir dentro de um programa de atenção primária, o grupo chama atenção para o fato de que tal não deveria ocorrer, sob a forma de um subprograma de atenção odontológica primária, e sim, deveriam ser estabelecidas estratégias no sentido da plena integração das ações odontológicas ao programa geral de atenção à saúde.

Nessa década, testemunhou o surgimento de várias odontologias no Brasil. No meio acadêmico, consagrou-se a expressão "odontologia social e preventiva" como *locus* dessa profusão de proposições. Em "Odontologia e saúde bucal coletiva", Narvai (1994) discorre sobre as seguintes odontologias: sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, comunitária e, também, a saúde bucal coletiva, analisando-as *vis-a-vis* com os contextos nas quais emergiram, e explorando suas conexões com propostas mais gerais para o setor saúde e com diferentes projetos de sociedade.

Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsetor da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena

política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política. Essa participação pode ser percebida quando, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembleias legislativas em 1988, dentistas comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguem se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político (SERRA, 1998).

A Constituição Federal de 1988 realizou algumas mudanças no que se refere ao papel do Estado e inovou com força todo o contexto histórico jurídico-institucional do sistema público de saúde, onde foram criadas novas relações entre o governo e uma diversidade de atores envolvidos, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] sentindo que no elenco de prioridades do Ministério da Saúde não havia dessa que para as ações de Odontologia, o GT/ODONTO procurou desenvolver, e desenvolveu ação conjunta com o Ministério da Previdência Social (INAMPS), que contemplou sua estrutura odontológica com forte apoio, e com o BNH e o BNDES que apesar de não serem órgãos específicos de saúde, lançaram através da política de fluoretação das águas de abastecimento público, um marco na saúde oral da população brasileira. (BRASIL, 1983, p. 10.).

Com a criação do SUS (1990) a Constituição abre novos espaços no campo de saúde e permite a participação dos usuários através de um serviço formado por uma gestão democrática, onde todos tenham o direito dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado. A partir disso, a área Técnica de Saúde Bucal através do Ministério de Saúde implementa uma política direcionada para a odontologia, Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária – PRECAD.

O Ministério da Saúde (2004) chama a atenção para outros princípios, como gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, além dos já expostos na Constituição Federal de 1988, como universalidade, integralidade e equidade. Tais princípios apresentam grande relevância para analisar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde bucal, já que eles se prestam a subsidiar diretrizes traçadas nesse documento do Ministério da Saúde, em 2004, resultado de um processo de discussões entre coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentações geradas a partir de congressos,

encontros de Odontologia e deliberações das conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal.

Ainda entre os anos de 1990 a 1996, a saúde bucal estabelece intensos avanços que são realizados através de Portarias Ministeriais e Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal (PC I, PC II e PCIII), que tem por finalidade reforçar o caráter preventivo nos serviços públicos e promover a realização de Conferência I Conferência Nacional de Saúde Bucal, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (SÃO PAULO, 2009).

No século XXI a odontologia evolui com força, acelerando a municipalização da saúde bucal e incorporando a prática desses serviços no PSF, por meio de uma Equipe em Saúde Bucal, dando surgimento ao Projeto SB criado no Brasil no ano de 2000, possibilitando aos brasileiros a avaliação de suas condições odontológicas.

Em março de 2001, foram implantadas as primeiras equipes de modalidade I e II. Entretanto, a expansão foi tímida, pois em dezembro de 2002, havia 3.819 equipes modalidade I e 442 equipes de modalidade II implantadas, com uma cobertura populacional de 15,2% da população (BRASIL, 2008 b).

Muitos Municípios foram contemplados com as Estratégias de Saúde na Família (ESF), que veio acompanhada das Equipes de Saúde Bucal (ESB), dentre eles o Município de Jucuruçu Bahia em 2002. É no ano 2003 foi implantado no distrito de Coqueiro, município de Jucuruçu o segundo Programa de Saúde da Família, juntamente com estratégia saúde bucal. (JUCURUÇU, 2009).

No ano de 2009, o Município de Jucuruçu assinou o termo de compromisso com Programa de Saúde na Escola (PSE) e implantação do serviço na rede municipal. Sendo que havia dentista na sede do município é no distrito de Coqueiro, possibilitando aos alunos os cuidados necessários com a saúde bucal e fortalecendo o histórico da odontologia no município. (JUCURUÇU, 2009).

Portanto, o contexto histórico da saúde bucal apresenta contribuições significativas para a construção da odontologia, promovendo estratégias e serviços odontológicos de qualidade, seja no espaço social e educacional.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR – O QUE É PSE?

A saúde no espaço escolar aconteceu em 1901 na cidade de Portugal, quando iniciou-se a Inspeção Sanitária e Escolar juntamente com a Direção Técnica das

Construções Escolares. Iniciaram-se assim diversas estratégias voltadas para atender as demandas existentes na escola, além dos problemas na sociedade.

A essas informações, somou-se o Informe Lalonde, documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, que define o conceito de Campo da Saúde como constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esse documento apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores. No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde assumiu essa responsabilidade com as instituições de saúde e implantou uma nova gestão com o intuito de promover estratégias que entrassem com respostas as necessidades das instituições escolares, visando ações educativas saudáveis, através de profissionais como: enfermeiros, psicólogos, psicopedagogos, nutricionistas, entre outros. (BRASIL, 1990).

Segundo Cortez e Tocantins (2006), a assistência à saúde a partir da atenção básica, com enfoque na promoção e prevenção, influenciou para que o Ministério da Saúde (MS) propusesse a partir de 1994, a estratégia de Saúde da Família, mais conhecida como Programa Saúde da Família. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a “Atenção Básica deve constituir-se como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS)”. E suas ações devem considerar o indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e características socioculturais. Assegurando assim, os preceitos do SUS e colocando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante para a organização dos sistemas municipais e como facilidades de conhecer a estrutura e funcionalidade das famílias, permitindo intervenções no processo saúde-doença dos indivíduos, da família e da própria comunidade.

Em 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) deixou evidente que a promoção da saúde deve abarcar o indivíduo em sua totalidade, ou seja, utilizando uma visão integral e multifacetada do mesmo, levando em consideração os meios nos quais está envolvido (família, comunidade, sociedade e ambiente), complementando o texto pregado pelo SUS. Com base nesta colocação da OPAS, é

imprescindível observar que as ações de promoção à saúde têm por finalidade desenvolver conhecimentos e habilidades para o autocuidado da saúde, bem como estimular uma nova conduta nas práticas educativas em saúde (OPAS/OMS, 1996).

A escola não é considerada apenas como um espaço de ensino que envolve diversas disciplinas, mas sim um local que promove no educando a troca de ideias e informações necessárias à formação do indivíduo. Atualmente ela pode ser compreendida como “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014). Neste sentido, a saúde na escola contribui para o combate as doenças.

A escola assim assume o papel indiscutível de grande promotora da saúde, “ao constituir-se como um espaço seguro e saudável” (PNSE, 2004: 5), onde crianças e jovens despendem a maior parte do seu tempo. É um contexto privilegiado, pois, alberga uma grande faixa etária diversificado a nível econômico, cultural e social a médio e longo prazo.

Nesse contexto, investimentos na educação permanente em saúde que contribuam para transformação das práticas profissionais, pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços poderão se constituir como estratégias essenciais de aprimoramento das ações como a de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde, consideradas fundamentais para a reorganização da Atenção Básica e do (SUS). (BRASIL, 2006a).

O Programa Saúde na Escola (PSE), ação conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, teve início no ano de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Foi instituído com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, onde o público alvo são as crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. É importante lembrar que esse é um esforço conjunto para promoção da saúde desse público em especial. (BRASIL, 2008b).

Esse programa está fundamentado em três princípios:

- 1) Intersetorialidade: realizada pelo desafio da gestão compartilhada, em que os saberes científicos, populares e locais são levados em consideração, incluindo os sujeitos e a participação numa troca dialógica (diálogo), encontro que se produz o novo.
- 2) Territorialidade: respeito às diversidades locais, às linguagens locais, aos alimentos locais, às expressões artísticas locais, com a inclusão do que há de diversos e diferentes e garantia do enfrentamento das

vulnerabilidades/territórios vulneráveis.

3) Integralidade: encontro de saberes guiado por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal (BUENO, 2012, p. 13).

O programa tem como objetivo proporcionar às comunidades escolares a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, prevendo enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes.

A proposta é bem elaborada e representa um avanço efetivo no campo da educação em saúde na escola, mas esbarra em diversos problemas, desde a valorização da formação científica de professores e alunos na educação básica até a falta de qualidade da maioria dos materiais para o trabalho de sala de aula. (DINIZ et al., 2007, p. 2).

Ao promover o desenvolvimento integral do educando as ações educativas de prevenção e atenção à saúde constitui um importante instrumento nesse processo.

O território é o espaço de produção da vida e, portanto, da saúde, sendo este construído e constituído coletivamente. A saúde é uma produção social; portanto, é fundamental a garantia de espaços de trocas de experiências e de construção coletiva de saberes. A partir da participação ativa dos sujeitos em práticas e cotidianas é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida. (BRASIL, 2007, p. 3).

Essa ideia de Saúde escolar é do fim do século XIX e início do século XX e, buscava a qualidade da saúde dos alunos e do espaço escolar, envolvendo arquitetura, mobiliário, iluminação etc. Além dos aspectos estruturais e físicos incluía rotinas de avaliação médica dos alunos, de exames odontológicos e oftalmológicos, testes de audição, avaliação postural, antropometria, ausculta pulmonar e cardíaca, entre outras. Era um conjunto de ações que foram chamadas de “Modelo Higienista” da saúde pública brasileira, que vislumbrava a possibilidade de superar os agravos de saúde decorrentes das condições concretas de vida, por meio de ações de controle e intervenção nos problemas de saúde mais frequentes. (OLIVEIRA, 1991).

Pensar no desenvolvimento integral. Um dos objetivos da educação é pensar, também, na saúde desses alunos, pois o pleno desenvolvimento depende de projetos que articulem a saúde e a educação.

Segundo Reis e Mendes (2010):

O termo Saúde Escolar abriga um conjunto tão heterogêneo e contraditório de conceitos, práticas e objetivos que seu uso discriminado mais atrapalha do que ajuda na definição de um recorte disciplinar que norteie o “que pensar” e o “que fazer” com relação às questões afetas à saúde no ambiente escolar,

à saúde dos alunos e aos problemas de saúde que estão relacionados ao processo de escolarização; sem falar dos agravos e riscos à saúde dos funcionários e professores, próprios dos trabalhos em escola. (REIS e MENDES, 2010, p.7).

Para estes autores a relação escola/aprendizado/saúde, é à base de todo o processo e, para que a escola seja de fato promotora da saúde em concordância com os modelos criados pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS, 1996; SBP, 2008).

A escola deve ser um espaço de discussão e de promoção da saúde, onde haja ações conjuntas que visem à integração de educandos, professores, funcionários da escola e secretaria de saúde, buscando ações de prevenção e de melhoria da qualidade de vida. A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) corresponde a:

Estratégia de promoção da saúde no âmbito escolar e um mecanismo articulado de esforços e recursos multissetoriais, orientados para o melhoramento das condições de saúde e bem-estar, ampliando assim as oportunidades para um aprendizado de qualidade e o desenvolvimento humano sustentável, para todos os integrantes das comunidades educativas. (IPPOLITO, 2012, p.3).

As ações previstas devem ser cumpridas e vistas como um passo inicial que pode e deve ser ampliado, visando o desenvolvimento integral do educando as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

As estratégias de saúde escolar devem criar espaços para o planejamento integrado da educação e da saúde, instigando a flexibilização dos currículos escolares com enfoque integral e participativo. A operacionalização de programas que promovam a melhoria da qualidade de vida pode ser incluída em discussões sobre a promoção e educação em saúde nas escolas, a fim de fortalecer a capacidade individual e social ao enfrentamento dos condicionantes da saúde e promover a participação, a autonomia e a criatividade de alunos, funcionários e professores nas discussões sobre a escola e o ambiente escolar. (GUIMARÃES, 2012). Para que as ações tenham início é necessária uma formação inicial e continuada dos profissionais das áreas da saúde e educação envolvidas nas ações.

2.3 SAÚDE BUCAL NO ESPAÇO ESCOLAR

O cenário das políticas públicas de saúde bucal no Brasil é historicamente

marcado pela ausência de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas bucais da população. Os dados do último levantamento epidemiológico (2010) revelaram que o ataque de cárie à população adulta de 35-44 anos reduziu, quando comparado com o inquérito de 2003. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Com relação à perda dentária, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) evidenciaram que ocorreu em 25% dos adultos, sendo que a média de dentes perdidos variou de 13,5 em 2002/2003 para 7,4 em 2010. Entretanto, mais da metade dos idosos tem edentulismo, tanto em 2010 quanto em 2002/2003. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Teve repercussão a partir do século XIX, quando surgiram as normas regulatórias que definiram a profissão e classificaram o termo Odontologia. Nesse período houve grandes avanços que contribuíram para combater os problemas de saúde bucal e promulgar Política Nacional de Saúde Bucal. Essa política tem como objetivo priorizar a saúde bucal através de projetos e ações voltadas para as famílias.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família), a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL 2009, p. 61).

A saúde bucal iniciou-se a de um subsistema público de atenção à saúde bucal ocorreu em um longo processo histórico com rupturas e continuidades, sendo que o Brasil Sorridente, política formalizada em 2004, expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada. (ROSSI, 2016).

As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físicos, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser consideradas os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente (MCGRATH; BEDI, 2004). Já, outros autores consideram a estética dental um aspecto fundamental para a autoestima e autoconfiança (DAMASCENO *et al.*, 2002), além de ser um fator de grande apreciação, componente

essencial da aparência, para quem busca uma vaga de emprego (ELIAS M.S, 2001). Principalmente, em se tratando da alta competitividade no mercado de trabalho, a boa aparência, refletida através de um sorriso bonito, tornou-se um diferencial de peso (INOUE, *et al.*, 2006). Com a intensa valorização da aparência na sociedade atual, aqueles que não são adequados aos padrões físicos ideais são julgados e estigmatizados, com suas chances de inclusão social duramente suprimida. A partir dessa realidade, a dentição pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais (MOREIRA, *et al.*, 2004).

Nos dias atuais, as pessoas têm associado à saúde bucal ao uso de aparelhos ortodônticos, embora o uso de aparelhos não afirma a condição de uma saúde bucal. Na verdade, utiliza-se para a correção dos dentes e adequação de padrões estéticos.

O desejo de possuir uma boa aparência não é mais encarado como sinal de vaidade. Em um mundo tão competitivo, boa aparência é literalmente uma necessidade. JENNY, J; PROSHEK (1986) mostram que as ocupações consideradas de prestígio, ou onde os funcionários são vistos pelo público, estes, devem possuir uma boa estética dental. Ocorre ainda a influência de uma boa aparência física em entrevistas de emprego.

A busca por uma aparência perfeita pode estar no uso do aparelho ortodôntico que é indicado para corrigir alguns desajustes e falhas nos dentes. Esse tratamento pode trazer benefícios e promover um desempenho estético enorme, embora o uso incorreto possa causar danos irreparáveis à saúde bucal. As crianças e adolescentes são os que mais se encantam com o uso do aparelho ortodôntico e isso coloca em jogo a necessidade de informações sobre a saúde bucal e seus desafios. Assim,

O odontólogo tem buscado fazer maior uso da educação em saúde, em sua prática, possibilitando a construção de uma relação mais próxima entre ele e seus pacientes. Essa aproximação desenvolve-se nas ações educativas na escola, pois nesse contato despretensioso, 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, muito importante para a continuidade do tratamento (PINHEIRO, 2010, p. 26).

Os profissionais em odontologia buscam despertar na sociedade valorização da saúde bucal, além de promover a criação de projetos e programas dentro das escolas, ajudando na prevenção das doenças bucais. Ressalta-se que uma higiene bucal adequada, o uso diário de fio dental e visitas periódicas ao dentista são medidas que ajudam a reduzir os problemas dentários principalmente vivenciados

por crianças e adolescentes no dia-a-dia no espaço escolar. (OMS, 2006).

A escola é um dos principais locais de permanência dos indivíduos, esse espaço pode ser utilizado para melhorar a qualidade de vida dos alunos em saúde bucal, além de instruí-los sobre os métodos corretos de prevenção.

Os objetivos da “Escola Promotora da Saúde” estão centrados em três principais temas: a) educação para a saúde e o ensino de habilidades para a vida, visando à aquisição de conhecimento sobre a adoção e manutenção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; b) estruturação de ambientes saudáveis para criar e melhorar a qualidade de vida na escola e nos locais onde ela está situada; c) fortalecimento da colaboração entre os serviços de saúde e de educação visando à promoção integrada da saúde, alimentação, nutrição, lazer, atividade física e formação profissional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). Mediante essa informação, entende-se que a saúde bucal na escola vai muito além de informações, mas sim de práticas educativas voltadas para esse segmento que atendam às necessidades dos educandos e educadores. Neste sentido,

Educar não significa simplesmente transmitir/ adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade. (LIMA 2012, p. 29).

Dentro da escola é possível apresentar propostas de cuidados, higiene e prevenção contra os problemas bucais, levando em consideração que os alunos entendem a escola como o maior espaço de aprendizado e conhecimento.

Ressalta-se que, as ações educativas têm por objetivo promover mudanças de comportamento e devem ser fruto do diálogo e da participação, onde os profissionais de saúde, inclusive os dentistas, devem reconhecer as necessidades específicas de cada clientela, promovendo a saúde em todas as suas ações. (LESSA et. al. 2012).

Em consonância com esse objetivo os profissionais em saúde bucal em parceria com os profissionais educacionais têm o papel de desenvolver ações preventivas que ajudem a combaterem os problemas de saúde bucal dos alunos. Essas práticas educativas podem ser realizadas através de conhecimentos básicos para a prevenção das doenças bucais de maior prevalência.

As ações educativas em saúde bucal devem abordar: (1) as principais doenças

buciais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para autoexame da boca; (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A saúde bucal nas escolas só terá sucesso se as ações incluem a escola e parcerias no desenvolvimento de ações integradas com diversos assuntos que englobam a educação, a saúde, atuando preventivamente em uma melhor condição de saúde bucal, que possibilitará impactos positivos na qualidade de vida dos alunos. Enfim, as iniciativas no campo de prevenção em saúde bucal e educação deve se tornar uma necessidade importante, principalmente quando o dever da saúde é atender os indivíduos em suas vulnerabilidades sociais.

A educação em saúde bucal é considerada de baixo custo e com possibilidades de alto impacto no âmbito público e coletivo. (SÁ, 2009). Ela possibilita a abertura de caminhos para a introdução de conceitos, além de oportunizar às pessoas a aquisição de conhecimentos com os quais não estão familiarizadas, mas que podem fazer parte do seu dia a dia, permitindo uma melhora na qualidade de suas vidas. (CASTRO, 2012). Devido a sua capacidade e abrangência, o setor educacional torna-se um aliado fundamental para a concretização de ações de promoção de saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para a tomada de decisões favoráveis à saúde e à comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Assim, é de extrema importância a adoção de estratégias de aproximação entre a educação e o sistema de saúde. (BOTTAN, 2010).

Sendo assim, as ações em saúde bucal no espaço escolar devem contribuir para a construção de conhecimentos saudáveis na vida dos educandos, promovendo a participação de ação de todos os agentes envolvidos nessa área.

2.4 AVALIAÇÃO ETIOLÓGICA E EPIDEMIOLÓGICA DA CÁRIE.

A saúde bucal está relacionada à saúde geral dos indivíduos, envolvendo todos os aspectos sociais da vida em sociedade.

“A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação” (MS, II e III CNSB 1993 / 2004).

Neste sentido, é necessário discutir a saúde bucal e compreender a importância desse estudo, tendo em vista que o mesmo busca abordar a etiologia da cárie, que está associado à determinação da origem e causa de um fenômeno.

Destrução progressiva e localizada dos dentes, principalmente das coroas dentárias; doença infectocontagiosa que resulta em uma perda localizada de miligramas de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta, seriam outras definições de cárie. Qualquer que seja a definição de cárie, quando não tratada pode haver progressão culminando com a destruição quase total do dente e levando à infecção da polpa e tecidos de suporte, com sequelas às vezes graves (WEYNE, 1989, p. 28).

Diversas doenças são manifestadas através da boca, gerando sinais mais graves para outros problemas de saúde. Por outro lado, as doenças bucais podem gerar problemas relacionados à febre, dores dorsais e lombares, cefaleias, entre outras, causando desconforto e levando o sujeito a infecções bucais. Essas doenças podem ser de origem digestiva, circulatória e elaborada pelo próprio organismo, causando impactos em outros órgãos. Dentre as diversas doenças, destaca-se a manifestação de cáries.

A cárie dentária é uma doença crônica que progride de forma lenta. (GREWAL, 2009). Seu primeiro sinal clínico é representado pela mancha branca ativa podendo ser reversível diante da aplicação de flúor, principalmente na forma de verniz. (FERREIRA, 2009). Na ausência do tratamento, a lesão evolui até a destruição da estrutura dentária. Os sinais da doença podem variar desde perdas minerais em nível ultraestrutura até a destruição total do elemento. (FEJERSKOV, 2005). O diagnóstico de cárie dentária envolve conhecimento da interação entre os diversos fatores causais. (CAROUNANIDY, 2009). É preciso ter cuidado constantemente para evitar que esse problema se agrave e leve à perda dos dentes.

A cárie dental pode ser tida como uma doença típica do homem civilizado e, de maneira genérica, todo indivíduo adulto durante sua vida é acometido pela cárie dental, datando, porém, da pré-história o aparecimento da cárie entre os seres humanos. Num exame de 100 crânios do homem de Neanderthal não se constatou a presença de cárie, significando não a sua ausência, mas sim uma incidência de cárie

apenas ocasional neste período, restrita a uns poucos espécimes. Porém a partir de um maior consumo de açúcar por volta de 1665, a incidência de cárie aumentou drasticamente (PINHEIRO, 1983).

O regime alimentar civilizado (alimentos pobres em fibras, industrializados e de textura pastosa) é um dos grandes responsáveis pelo quadro atual da saúde bucal e, não raro, as crianças apresentam precocemente atrofia e desequilíbrios funcionais e de desenvolvimento. A falta de alimentos duros, secos e fibrosos elimina a necessidade de uma mastigação mais vigorosa que vai impondo profundas alterações nos estímulos necessários ao desenvolvimento adequado do sistema estomatognático. (SÃO PAULO, 2007).

Uma dieta rica em hidratos de carbono rapidamente fermentava, assim como a duração do período de tempo de exposição dos dentes aos açúcares, são considerados fatores principais na etiologia da doença (FEJERSKOV, 2004; COLAK et al., 2013), sendo o consumo frequente de açúcares monossacarídeos considerados causa preponderante da cárie dentária (RUGG-GUNN, A. 2001).

As alterações de forma e de função do sistema mastigatório causadas pela respiração bucal, pela cárie precoce, por hábitos indesejáveis de sucção ou por uma mudança de hábitos na alimentação, como por exemplo, a mastigação unilateral, pode ser prevenida e controlada, se detectada precocemente.

Além desses fatores, em bebês e crianças de pouca idade, observam-se fatores de risco próprios da infância, que conferem à doença cárie nessa fase, um padrão único, diferente do observado nas demais idades. São eles: o sistema imunológico e a microbiota bacteriana ainda em processo de desenvolvimento, presença de defeitos hipoplásicos nos dentes recém-erupcionados e dieta peculiar, caracterizada pelo aleitamento materno e/ou alimentação por meio da mamadeira. O padrão de cárie nesse período da infância caracteriza-se por cáries que se desenvolvem rapidamente, afetando vários dentes, frequentemente logo após a erupção. Superfícies vestibulares dos incisivos superiores, que usualmente são de baixo risco à cárie dentária, nesse padrão da doença são afetados. (SPENCER, 1997).

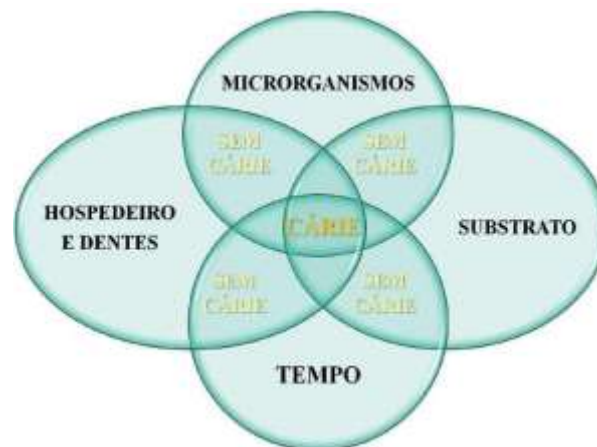
Assim, diante dessas informações sobre a cárie, precisa também conhecer o estudo das causas dessa doença (etiologia). Esse problema está cada vez mais presente e aumentando a doença que pode afetar os dentes. A cárie é um problema de ocorre lentamente e vai se processando até a destruição total dos dentes.

A respeito da etiologia da cárie, a teoria químico-parasitária ou da placa inespecífica, admite que todas as espécies bacterianas localizadas nas superfícies dentárias são capazes de contribuir para o ataque ácido sobre as superfícies do esmalte. Como estas bactérias compõem a microbiota dos dentes e, portanto, são encontradas em todos os indivíduos, não há necessidade de se aplicar algum recurso de diagnóstico bacteriológico que possa identificar os pacientes de acordo com risco.

Sendo assim, não precisa ser empregado qualquer critério de seleção para o tratamento, desde que a bactéria encontrada em paciente com quadro de cárie aguda seja similar àquela encontrada em paciente sem lesão de cárie. A principal diferença entre saúde e doença seria a magnitude dos depósitos de placa. Como há formação de placa continuamente nas superfícies dentárias, o tratamento deve ser diário, e como todas as pessoas devem ser tratadas mais ou menos continuamente, é difícil a adoção de uma conduta antimicrobiana (LOESCHE, 1993).

Para compreender a cárie é preciso avaliar seus fatores etiológicos: suscetibilidade, microrganismo, tempo e dieta. Podemos fazer essa observação através da figura abaixo:

Figura 01 – Fatores Etiológicos da Cárie



Fonte: Diagrama proposto por Newbrun (1978) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie.

A suscetibilidade irá ser determinada pelo grau de mineralização do esmalte dentário, o que influenciará a maior ou menor resistência à dissolução ácida. A mineralização rege-se por fatores extrínsecos (fatores ambientais e locais) e fatores intrínsecos (ocorridos durante a formação do dente) (LIMA, 2007).

Esse fator pode estar relacionado aos fatores intrínsecos e extrínsecos, alterando de acordo a suscetibilidade do indivíduo. Os fatores intrínsecos estão

associados ao sistema dos aspectos hereditários imunológicos que garantem a formação do dente, enquanto que os fatores extrínsecos estão associados à estrutura sociocultural, ou seja, diferenças existentes entre os indivíduos. (LIMA, 2007).

O microrganismo exerce um papel importante na cavidade bucal, principalmente quando se utiliza o *streptococcus mutans*, uma bactéria com ação positiva que se associa ao desenvolvimento inicial da cárie.

O controle da presença de microrganismos na cavidade bucal influenciando o processo de cárie, ou sendo influenciado por fatores orgânicos salivares, imunológicos e quimioterápicos, não deve ser considerado para o estabelecimento de estratégias preventivas, já que a simples presença de microrganismos na cavidade bucal seja na saliva ou na placa bacteriana, não é um fator determinante para o aparecimento da “doença” cárie. (THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, 1995). No entanto, a sua participação é inquestionável e indispensável, já que a lesão de cárie passa pelo metabolismo bacteriano, culminando com a formação de ácido e consequente desmineralização do esmalte, desencadeando, simplesmente, o processo fisiológico de des-re (desmineralização-remineralização), não determinando, porém, a “doença” cárie.

A partir desses questionamentos, deve-se levar em consideração que o microrganismo é um dos fatores significativos na etiologia da cárie, tendo em vista que a doença é de caráter infeccioso.

Sobre o fator tempo, sugerido por Newbrun (1983), somente será relevante quando houver a presença de placa bacteriana dentária e o indivíduo estiver submetido a uma ingestão frequente de dieta cariogênica e, assim, o tempo necessário para iniciar a lesão de cárie será inversamente proporcional a essa frequência. O período de acúmulo de placa bacteriana dentária e a ocorrência de lesões no esmalte já foram estudados por alguns pesquisadores (HOLMEN, 1985; OGAARD, 1988), reforçando a ideia dessa relação dependente entre o período de acúmulo de placa e a frequência de dieta cariogênica.

Ressalta-se que de acordo com essa frequência é possível desenvolver o controle periódico de placa e avaliar o período de tempo entre uma placa e outra, possibilitando um equilíbrio entre a lesão de cárie. Neste sentido, o tempo deve ser considerado um fator relevante para o tratamento bucal.

A dieta assume uma grande importância na etiologia da doença cárie dentária, pois, além de fornecer o principal substrato, influencia na produção de ácidos, no tipo e quantidade de biofilme bacteriano, na composição de microrganismos, e na

qualidade e quantidade de secreção salivar. A sacarose refinada proveniente da cana de açúcar e da beterraba sempre foi considerada como dissacarídeo mais cariogênico. A maior parte dos açúcares de adição contidos nos alimentos que compõem a dieta do brasileiro é formada pela sacarose. (PERREIRA, 2007).

Esses alimentos naturais, apesar de fornecerem uma fonte de carboidratos fermentáveis, também possuem substâncias com ação anti-metabólica, reduzindo esse efeito, além de conterem elementos que potencializam a remineralização, com uma ação anticariogênica (CARVALHO, 2003; CAVAZZOLA, 2003; JENSEN, 1999; MAZEO, 1985; PRESTES, 2003), proporcionando este equilíbrio. Além desse equilíbrio químico, os alimentos naturais têm uma ação mecânica durante a mastigação, realizando, naturalmente, um controle de placa e, por essas propriedades, eles não são considerados cariogênicos. A manipulação dos alimentos naturais pelo ser humano fez com que muitas dessas propriedades ficassem prejudicadas, produzindo um desequilíbrio da biodiversidade da cavidade bucal, tornando-os cariogênicos.

A alimentação e nutrição são também fundamentais para a manutenção da saúde bucal (MOYNIHAN, 2011; FREIRE, 2004; PALACIOS, 2009). Dentro da abordagem dos fatores de risco comuns ¹⁷, as DCNT e as doenças bucais são determinadas pelos mesmos fatores de risco, especialmente o alto consumo de alimentos ricos em açúcar, que é o principal determinante dietético da cárie dentária. (MOYNIHAN, 2011). Nesta perspectiva, dentre as ações de promoção e proteção de saúde propostas no documento que instituiu as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, (COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004), foram citadas políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares. Contudo, não foram consideradas as possíveis estratégias ou recomendações para as referidas ações.

Todos esses fatores apresentam contribuições significativas, tendo em vista que cada um exerce uma função diferente que permite conceituar e descrever a etiologia da cárie e seus aspectos relevantes.

Diante disso, um método de diagnóstico ideal deve ser confiável, capaz de detectar lesões de cárie em estágio inicial, diferenciar lesões reversíveis das irreversíveis e permitir sua documentação. Além disso, custo acessível, conforto para o paciente, rapidez e facilidade de execução, aplicabilidade a todos os sítios dos dentes com a mesma eficiência são características essenciais para um método

diagnóstico ser considerado adequado (FILESTONE et al., 1998; MAGID, 1996; PITTS, 1992a).

A importância da higiene bucal para o bem-estar, a prevenção de doenças sistêmicas e a melhor recuperação do paciente hospitalizado não é algo bem difundido no Brasil. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2012). O indivíduo hospitalizado, preocupado mais com a doença atual, motivo pelo qual ele encontra-se internado, não se atém aos cuidados com sua saúde bucal. Por isso, é de grande importância que haja a inclusão do cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar na realização de atividades curativas, preventivas e educativas para integração no contexto da promoção de saúde bucal e, conseqüentemente, a melhoria do quadro clínico geral do paciente. (ARCÊNIO, 2010; LOPES, 2009).

A epidemiologia estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo de um lado, medidas específicas de prevenção, de controle e de erradicação de doenças e, de outro, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e a avaliação das ações de saúde (PEREIRA, 1995).

A epidemiologia referente às doenças bucais vem sendo discutida por muitos estudiosos, tendo em vista que o problema da saúde bucal agrava todas as pessoas em todas as faixas etárias.

O índice de ataque de cárie (CPO), originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, continua sendo o mais utilizado do mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para a formulação e avaliação de programas de saúde bucal. Quando o dente é utilizado como unidade de medida, temos o índice CPO-D: dentes cariados, perdidos e obturados (PINTO, 2008).

Através do índice CPO-D (Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), é possível analisar a prevalência da cárie dentária e suas causas. Com isso avaliam-se os critérios para exames dos dentes cariados, perdidos e obturados.

No Brasil, o CPO costuma ser dividido em quatro componentes, acrescentando os dentes com extração indicada (EI). Os fatores obturados (O) e extraídos (E), representam a história passada, enquanto os fatores cariados (C) e extração indicada (Ei), correspondem às necessidades de tratamento. Quando forem considerados apenas os três componentes clássicos, como ocorrem nos estudos internacionais que empregam a metodologia da OMS, as extrações indicadas devem ser incluídas no

componente cariado (C). Dentes perdidos são sinônimos de dentes extraídos (PINTO, 2008). Por meio do quadro abaixo, podemos avaliar a prevalência da cárie dentária.

Tabela 01 - Classificação da OMS para os valores do CPO-D médio de uma população, considerado aos 12 anos de idade.

Valor do CPO-D médio aos 12 anos	Prevalência de cárie na população
0 a 1,1	Muito baixa
1,2 a 2,6	Baixa
2,7 a 4,4	Média
4,5 a 6,5	Alta
6,6 ou maior	Muito alta

Fonte: (OMS, 2000). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/morb/fqd10.htm>

A Organização Mundial de Saúde utiliza o CPO-D para avaliar o índice da cárie e em cima dessa prevalência estabelecer uma meta a ser atingida. Ressalta-se que quanto menor o índice, melhores são as condições de saúde bucal da população. O Brasil é um dos países cuja população tem baixa incidência de cáries. Isso mostra que a saúde bucal reflete nos cuidados da população nos anos de 1980 a 2010.

Figura 02 – Valores do CPO-D no Brasil em 1980 a 2010



Fonte: (OMS, 2000). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/morb/fqd10.htm>

Ao avaliarmos a figura acima é possível observar que nas últimas três décadas o país teve grande redução no valor do CPO-D, onde no ano de 1980 o índice atingia (CPO-D 7,3) e no ano de 2010 (CPO-D 2,1). Essa redução está associada ao aumento de ações preventivas e educativas direcionadas para a saúde bucal que vem

acontecendo nos espaços escolares (OMS, 2000). A implantação dos PSF é uma dessas grandes contribuições na diminuição do índice de cárie dentária.

Tabela 2 – Pesquisa de Abrangência na Região Nordeste

Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado, por ano, segundo regiões Brasil, 1986, 1996, 2003 e 2010				
Região	1986	1996	2003	2010
Brasil	6,7	3,1	2,8	2,1
Norte	7,5	4,3	3,1	3,2
Nordeste	6,9	2,9	3,2	2,7
Sudeste	6,0	2,1	2,3	1,7
Sul	6,3	2,4	2,3	2,0
Centro-Oeste	8,5	2,9	3,2	2,6

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g17.htm>

Outro índice que pode ser utilizado para fazer essa avaliação é o CEO-D (Índice odontológico que contabiliza a quantidade de elementos dentários DECÍDUOS acometidos por cárie, elementos dentários com extração indicada e restaurados).

Tabela 03 – Componentes Estatístico do ceo-d

Variável	Média	Mediana	Desv. Padr.	% da média em relação à média do ceo-d
Dentes cariados	1,00	0,00	1,45	50,00
Dentes extraídos ou indicados para extração	0,31	0,00	0,92	15,5
Dentes obturados	0,69	0,00	1,49	34,5
Ceo-d	2,00	1,00	2,32	

Fonte: (OMS, 2000). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/morb/fqd10.htm>

O índice CEO-D, é utilizado para a avaliação da dentição temporária, e cada sigla corresponde à relação da dentição decídua. C – Cariados, E – extração indicada, O – obturados, D – por dente, em crianças de 5 e 6 anos de idade.

A dentição decídua também é conhecida como dentição de leite, formando o primeiro conjunto de dentes que aparecem na cavidade oral na infância. Os dentes decíduos são aqueles que formam um grupo de 20 em seu total, constituindo 10 em cada uma das arcadas. Eles são muito comparados com os dentes permanentes, embora possuam uma cor bem mais clara. Diante disso, o índice de CEO-D é o mesmo que o CPO-D, só que com adaptações diferenciadas em crianças. Por meio desses índices os profissionais de saúde bucal conseguem diagnosticar os problemas dos indivíduos e orientá-los sobre os cuidados com os dentes, possibilitando essas informações dentro dos espaços educacionais.

A educação em saúde bucal tem como objetivo o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde bucal quando julgar necessário (MANFREDINI, 2003).

O PSF busca trabalhar na solução dos problemas bucais, promovendo ações que diminuam o índice de cáries através da saúde nas escolas. As ações visam melhorar a qualidade de vida dos educandos e possibilitar aos mesmos a permanência de dentes saudáveis.

A motivação e a instrução para a higiene bucal constituem a base dos programas escolares baseados na prevenção da cárie em crianças em muitas populações. A escovação dentária diária com dentífrico fluoretado é considerada a razão principal para o declínio da incidência de cárie desde a década de 1970 (MARTHALER, 1990).

Para a construção das ações educativas é de fundamental importância que haja participação de toda a comunidade escolar e dos profissionais de saúde, possibilitando subsídios que possam contribuir para a saúde na escola. Analisa-se que essa promoção deve partir de profissionais capacitados e aptos para desenvolver práticas que viabilizem melhoria saudável dos alunos.

Outro meio utilizado é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se

inserir atores sociais que participam efetivamente da situação. O PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Na Estratégia de Saúde da Família, é necessário lançar mão de ferramentas como o PES para possibilitar a execução das etapas a serem seguidas (CAMPOS e FARIA, 2010).

Portanto, a saúde bucal deve ser trabalhada com a intenção de desenvolver ações integradas com diversos assuntos que englobam a educação, a saúde, atuando preventivamente em uma melhor condição de saúde bucal, que possibilitará impactos positivos na qualidade de vida dos alunos.

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM

A metodologia trabalhada na presente dissertação ancora-se na abordagem **qualiquantitativa**, dada a especificidade do objeto investigado e na pesquisa de campo. Segundo José Filho (2006, p.64) “o ato de pesquisar traz em si a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos”.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Jucuruçu é um município que pertence ao estado da Bahia, com uma população estimada de 10.290 pessoas, segundo o último censo realizado pelo IBGE em 2010, referenciada pela lei estadual nº 4847, de 24-02-1989, desmembrado de Itamaraju. O município possui uma densidade demográfica de 7,06hb/km², vivendo o gentílico jucuruçuense. No que refere a educação sua taxa de escolarização é de 5 a 17 anos de idade e atendendo as turmas de ensino pré-escolar, ensino fundamental I e II e Ensino médio. A pesquisa foi desenvolvida em 02 escolas e 02 creches, sendo elas:

Tabela 04: Perfil das Escolas Entrevistadas

ESCOLA	LOCALIZAÇÃO	Nº DE ALUNOS	QUANTIDADE DE TURMA	SÉRIE
Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	Rua Bela Vista, S/N, Povoado de Coqueiro, Cidade de Jucuruçu-BA.	16	01	7º Ano
Escola Cecília Meireles	Rodovia p/Dois de abril, 343, Cidade de Jucuruçu –BA.	15	01	7º Ano
Creche João e Maria	Rua Jucuruçu, 246, Cidade de Jucuruçu-BA.	28	01	Educação Infantil Jardim III
Creche Vovó Danda	Rodovia Itamaraju, S/N, Povoado de Coqueiro, Cidade de Jucuruçu-BA.	17	01	Educação Infantil Jardim III

Fonte: Próprio autor, 2018.

3.3 INSTRUMENTO DA PESQUISA

- Questionário; 05 perguntas fechadas para os alunos (categorias diferenciadas), com alternativas de séries, escolas, sexo, turno e idade. 05 perguntas fechadas para os professores (categorias diferenciadas). (Apêndice B).
- Ficha de avaliação para registro do índice de dentes permanentes cariados perdidos e obturados (CPO-D e ceo-d). (Apêndice A).

Conforme Duarte (2002, p. 140) “a definição do objeto de pesquisa assim como a opção metodológica constituem um processo tão importante para o pesquisador quanto ao texto que se elabora no final”. Segundo a autor, as conclusões de um estudo são possíveis devido aos instrumentos utilizados na coleta de dados e a interpretação dos resultados obtidos, sendo que a descrição desses procedimentos, além de apresentar uma formalidade, permite aos outros pesquisadores percorrerem o mesmo caminho da pesquisa e confirmarem as afirmações apontadas no estudo inicial.

Diante disso, esses instrumentos foram utilizados para construir tabelas e gráficos, foram analisados e discutidos no capítulo seguinte.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Estudo aprovado pela Plataforma Brasil, sob o **CAAE**: 00584818.6.0000.8207, do Comitê do Instituto Vale do Cricaré, Município de São Mateus – ES, situado a Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A, CEP: 29.933-415.

Ressalta-se que não haverá discriminação na seleção dos sujeitos, tendo em vista que os pesquisados são crianças, adolescentes e professores que fazem parte da rede pública de ensino do município de Jucuruçu-BA.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa de campo, e suas discussões. Sendo que se dividem em três eixos os dados apresentados, a saber: o eixo 01 – Entrevista com os alunos; eixo 02 – Entrevista com os professores, onde serão avaliadas as condições de Saúde Bucal na Escola; eixo 03 – Avaliação do CPO-D e ceo-d).

4.1 ENTREVISTA COM OS ALUNOS

No eixo 01 são contemplados dados das entrevistas realizadas em 02 escolas da rede pública municipal de Jucuruçu: 01 - Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho; 02 – Escola Cecília Meireles. Vale ressaltar que na Creche João e Maria e na Creche Vovó Danda foram realizadas apenas entrevistas com os professores, tendo em vista que, a faixa etária dos alunos é 05 a 06 anos, sendo apresentados no eixo 02.

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem sendo realizado desde o ano de 2009, e desde então a atuação do dentista se faz presente nas instituições escolares. É pressuposto do PSE que o levantamento das necessidades dos escolares aconteça também no ambiente escolar, de maneira organizada, definindo o número de educandos a serem avaliados, datas e horários mais adequados e o espaço físico na escola (BRASIL, 2016).

Os atendimentos são realizados de acordo a necessidade dos alunos e solicitação da direção escolar ou dos familiares. Os alunos são agendados e trazidos ao ESF, onde são realizados os procedimentos odontológicos necessários que podem ser obturações, limpeza, extração, aplicação de flúor, entre outros.

A atuação do dentista tem sido muito efetiva no controle da cárie e de outras doenças bucais, o que define que o Programa Saúde na Escola apresenta resultados significativos em sua construção.

A caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa é um instrumento indispensável na elaboração dessa pesquisa. Quanto ao perfil dos entrevistados, observa-se na tabela abaixo:

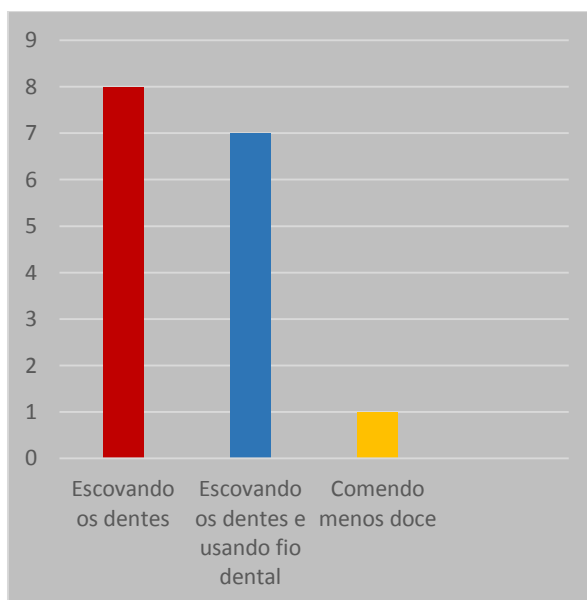
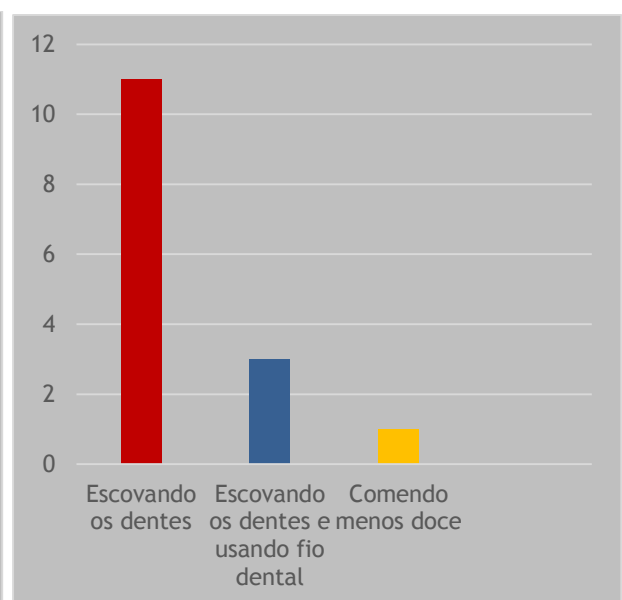
Tabela 05 – Perfil dos Alunos das Escolas

	ESCOLA	FAIXA ETÁRIA	SEXO		SÉRIE	TURNO
			F	M		
01	Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	11 à 17	07	09	7º Ano	Vespertino
02	Escola Cecília Meireles	11 à 17	11	04	7º Ano	Vespertino
03	Creche João e Maria	05 à 06	16	12	Educação Infantil	Vespertino
04	Creche Vovó Danda.	05 à 06	10	07	Educação Infantil	Vespertino

Fonte: Próprio autor, 2018.

Quando questionados os alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Cecília Meireles sobre como evitar as cáries, responderam.

Respostas de alunos quando questionados sobre como evitar cáries

GRÁFICO 1 – E.M.A.L.M.**GRÁFICO 2 – E.C.M**

Fonte: Questionário fechado aplicado aos alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Escola Cecília Meireles, 2018.

Conforme dados apresentados no gráfico 01, observa-se que os alunos têm conhecimento sobre a importância da saúde bucal e que os cuidados com os dentes evitam as cáries.

Métodos mecânicos como a utilização de escova dentária e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, conseguem promover um correto controle de placa. (OWENS, ADDY, et al, 1987). O cirurgião-dentista e sua equipe exercem um papel fundamental na orientação e motivação dos pacientes para que a correta higienização bucal possa ser realizada de maneira frequente e eficaz. (TORRES, 2005).

No gráfico 02, percebe-se que dos participantes da pesquisa 11 disseram que apenas escovam os dentes e apenas 03 disseram que escovam os dentes e fazem uso do fio dental. Ao comparar esses dados com a escola anterior avalia-se uma grande diferença em relação ao uso do fio dental após a escovação. Os alunos da escola 01 apresentam mais conhecimento sobre o uso do fio dental, tendo em vista que 07 responderam usar o fio dental, enquanto que na escola 02 apenas 03 alunos realizam esse processo.

Lima e Schneide (2010), em seu trabalho defendem o uso do fio dental para a limpeza dos espaços entre os dentes, conhecida como interdentais, onde existe acúmulo de alimentos, sendo desta forma indispensável para uma higiene bucal adequada.

Neste sentido, os alunos da Escola Cecília Meireles devem ser orientados de maneira correta sobre o uso do fio dental e sua importância no combate as cáries e prevenção das doenças bucais.

Ao discutir sobre a periodicidade da escovação os alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Cecília Meireles, responderam:

Periodicidade de Escovação

GRÁFICO 3 – E.M.A.L.M.

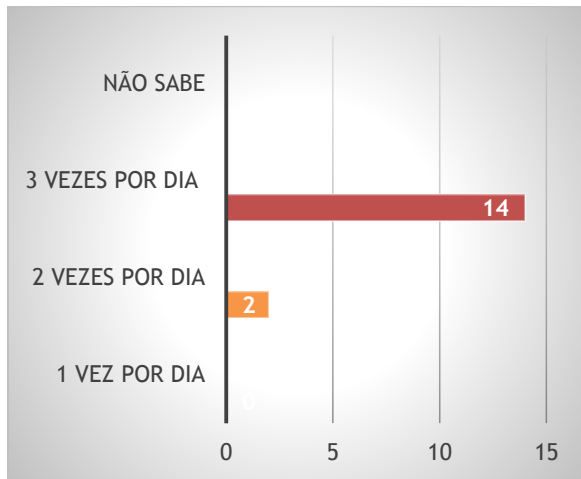
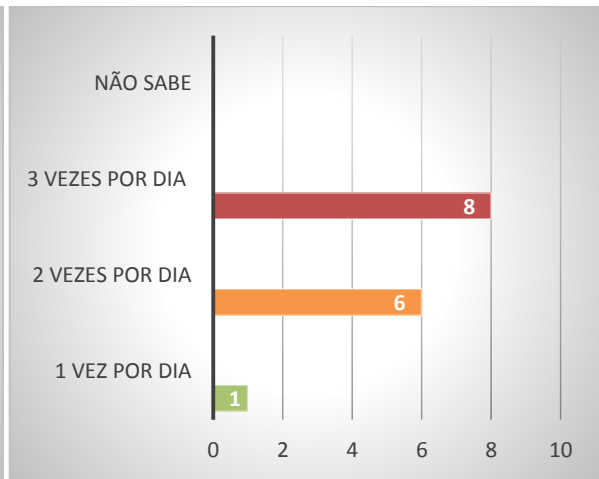


GRÁFICO 4 – E.C.M.



Fonte: Questionário fechado aplicado aos alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Escola Cecília Meireles, 2018.

Na Escola Adolfo Lopes Moitinho, 02 responderam duas vezes ao dia e 14 responderam três vezes ao dia. (ALUNOS ESCOLA 01). De acordo com as respostas cedidas acima, os alunos possuem responsabilidades diárias envolvendo a saúde bucal, e a prática da escovação é feita de maneira correta atingindo a meta de três escovações durante o dia após as refeições.

Através dos dados coletados observa-se que os alunos da Escola Cecília Meireles têm consciência da importância da escovação, onde 08 responderam que escova os dentes 03 vezes ao dia, 06 disseram que realizam a escovação apenas 2 vezes por dia e somente 01 dos alunos demonstrou falta de interesse nos cuidados com os dentes, fazendo apenas 01 escovação por dia. Monteiro destaca que:

Uma escovação adequada deve durar, no mínimo, dois minutos, isto é, 120 segundos! A maioria dos adultos não chegam nem próximos a este tempo. Para ter uma ideia do tempo necessário para uma boa escovação, use um relógio na próxima vez que escovar os dentes. Escove-os com movimentos suaves e curtos, com especial atenção para a margem gengival, para os dentes posteriores, difíceis de alcançar e para as áreas situadas ao redor de restaurações e coroas. Concentre-se na limpeza de cada setor da boca. (MONTEIRO, 2011, p.2).

Deve-se levar em consideração que os números de escovação 3 vezes ao dia e 2 vezes ao dia estão muito próximas. Neste sentido os profissionais de saúde devem trabalhar com os 06 alunos que escovam os dentes apenas 2 vezes por dia,

e incentivá-los no aumento de mais uma escovação diária.

Para Saldanha (2010), a higiene bucal com “escovação supervisionada”, tem por objetivo assegurar a limpeza e o cuidado com os dentes, propiciando assim, condições favoráveis à saúde. Neste processo de compreensão, o professor se apresenta como mediador motivando e conscientizando os educandos da importância de cultivar bons hábitos de higiene, inserindo atividades relacionadas à higiene bucal de forma a não interferir no calendário escolar, e sim integrando as disciplinas curriculares. O ambiente escolar propicia o desenvolvimento de projetos relacionados à saúde dos escolares, caracterizando-se como escolas promotoras de saúde.

A importância da escovação três vezes ao dia previne contra as cáries, além de proteger a gengiva de acúmulos de bactérias e mau hálito. Esses cuidados devem ser passados desde cedo, para que a criança crie hábitos e ao chegar à adolescência tenha conhecimento dos cuidados com a higiene bucal, além também de acompanhamentos odontológicos.

Grande parte das pessoas sabe que para ter saúde bucal é preciso escovar os dentes diariamente. Mesmo assim, na maioria das vezes, a higiene bucal é deficiente. As técnicas de controle da placa bacteriana requerem tempo e destreza e, conseqüentemente, o paciente só participa adequadamente quando bem motivado. (AQUILANTE et. al, 2003). O papel da escola, da família e dos profissionais em saúde bucal é incentivar os educandos a cuidar dos dentes, motivá-los na higiene, escovação e proteção contra cáries. Ao perguntar sobre quantas vezes vai ao dentista, os alunos das escolas responderam com bastante positividade. No gráfico abaixo pode-se visualizar a frequência com que os alunos visitam o dentista.

Periodicidade de visitas dos alunos ao dentista anualmente

GRÁFICO 5 – E.M.A.L.M.

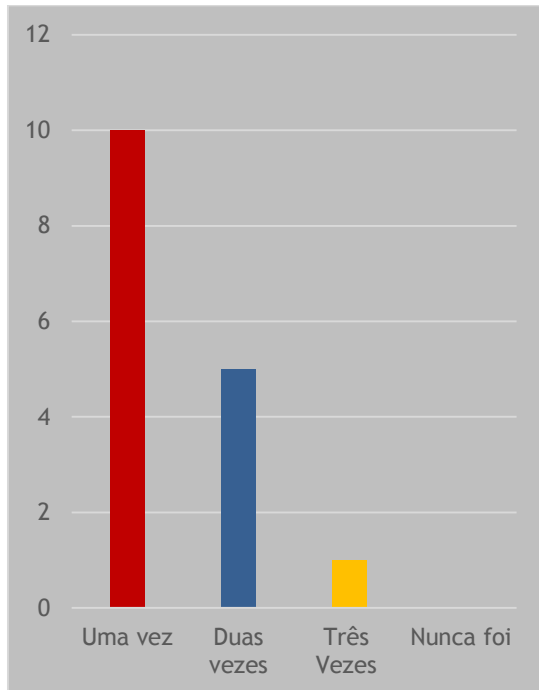
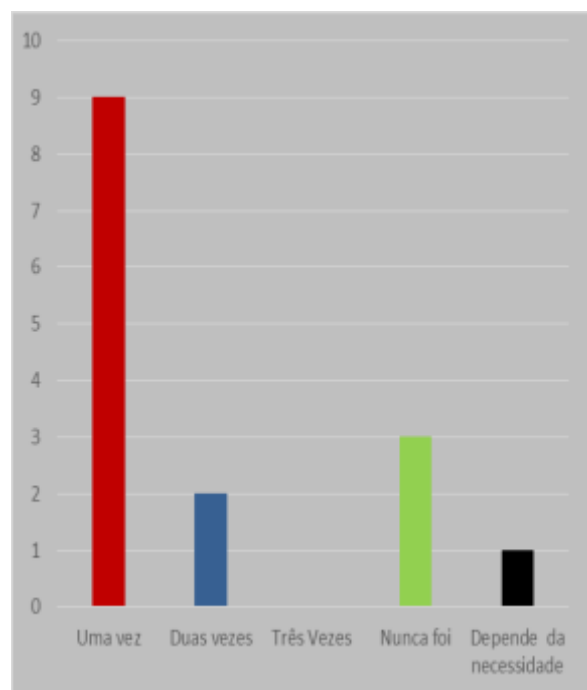


GRÁFICO 6 – E.C.M.



Fonte: Questionário fechado aplicado aos alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Cecília Meireles, 2018.

Ao avaliar as respostas dos alunos do gráfico 5, é importante levar em consideração que dez dos alunos foram apenas uma vez no dentista, isso significa que tem controlado a saúde bucal e tem impedido o acúmulo de cáries dentárias. Já os alunos que foram três vezes apresentaram maior necessidade. Ressalta-se que é importante que a ida ao dentista não seja apenas por causa de cáries, mas também é necessário avaliações e controle de outros agentes causadores de problemas bucais.

As crianças estudadas são de baixa renda, o que dificulta a ida ao dentista periodicamente. Com relação ao acesso aos serviços, crianças de famílias com baixa renda tem mais cáries, possuem doenças mais extensas e utilizam os serviços mais para o alívio da dor (GILBERT et al., 2003). Contraditoriamente, visitam o dentista menos vezes que as crianças cujas famílias dispõem de melhor condição econômica (MATOS *et al.*, 2002). Estas procuram regularmente atendimento preventivo (EDELSTEIN, 2002).

O gráfico 06 demonstra que dentre os alunos entrevistados 09 vão ao dentista

pelo menos 1 vez ao ano, 02 dos alunos consultam o dentista 2 vezes por ano, 03 disseram que nunca realizaram uma consulta odontológica e apenas 1 relata que procura o dentista dependendo da necessidade. O que se observou durante a pesquisa é que os alunos apresentam certo medo durante as consultas odontológicas, para a maioria visitar o dentista uma vez no ano é suficiente.

Ao referir o “medo” como justificativa de impedimento ao tratamento odontológico, é interessante e importante destacar que o adiamento da ida ao dentista por medo ou receio de dor, além de prejudicial à saúde, estabelece uma situação de reforço dessa crença, tornando-a mais difícil de ser minimizada. Além disso, nesse caso, onde foi feito o diagnóstico e indicação de tratamento, deixar de ir ao dentista provavelmente levará à evolução do estado de gravidade de um problema bucal simples. Com o passar do tempo provavelmente haverá evolução do caso e esta condição exigirá um tratamento mais especializado/complexo, bem como eventuais procedimentos invasivos e, conseqüentemente, maiores probabilidades de experiências de desconfortos, principalmente físicos, além de maiores custos financeiros. (JUNIOR, 2013).

Observou-se também que as idas ao consultório odontológico anualmente é só quando apresentam dor, ou seja, fora a dor os alunos relatam não ter necessidade de comparecer ao dentista mais do que uma vez ao ano. O que foram questionados também é a falta de recursos financeiros, uma vez que o Município não oferta todo tratamento adequado, apenas os mais simples como: extração, obturação e limpeza.

Neste sentido, compreende-se que o Município de Jucuruçu-BA apresenta algumas dificuldades em relação aos recursos ofertados na área odontológica, o que contribui para que os alunos procurem o dentista uma vez por ano. No que se refere ao tratamento para remoção de cárie, os gráficos abaixo, mostra com clareza sobre os dados alcançados.

Relatos dos alunos de tratamentos para remoção de cáries.

GRÁFICO 7 – E.M.A.L.M.

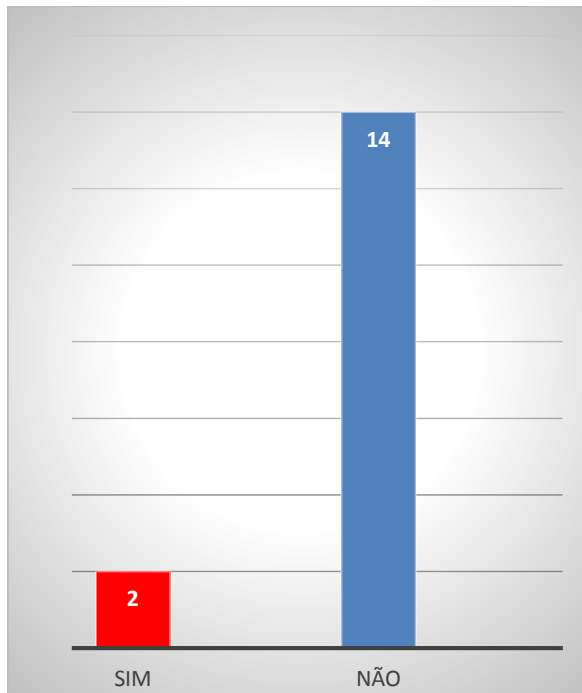
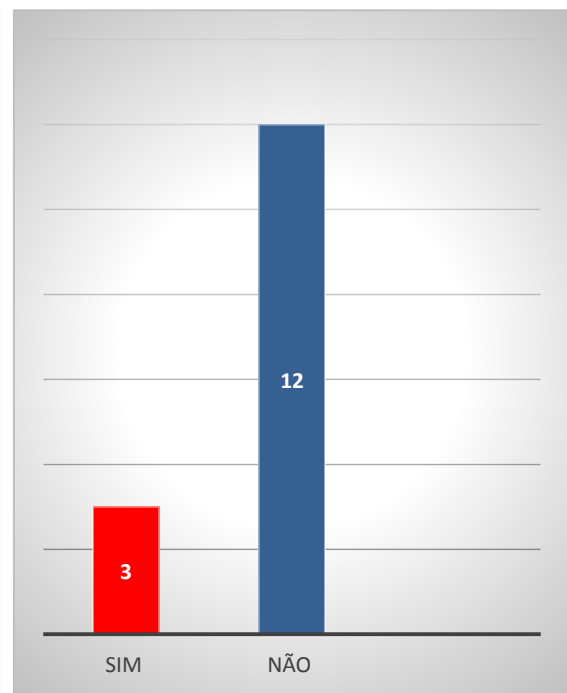


GRÁFICO 8 – E.C.M.



Fonte: Questionário fechado aplicado aos alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho e Escola Cecília Meireles, 2018.

A maioria dos entrevistados da E.M.A.L.M. disseram nunca terem feito tratamento para remover cáries, o que mostra que os alunos da Escola Adolfo Lopes Moitinho possuem um conhecimento favorável sobre os cuidados com os dentes, além de compreender a importância da saúde bucal e melhoria da qualidade de vida.

Deste modo a Educação em Saúde deve permitir aos indivíduos o desenvolvimento da capacidade de refletir e analisar as causas de seus problemas, e principalmente dar condições para atuarem no sentido de mudança (PETRY & PRETTO, 1997). Para Ramos et al. (1999), a transmissão de conhecimentos sobre hábitos é um fator importante na prevenção de doenças bucais como a cárie e doença periodontal. Neste sentido é essencial a elaboração de programas que visem a Educação em Saúde e a promoção de saúde.

Com os resultados obtidos com os alunos da Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho, foi possível alcançar positividade referente as condições de saúde bucal nas escolas, tendo em vista que os alunos da instituição pesquisada apresentaram conhecimentos significativos sobre a prevenção das cáries. Ao aplicar o questionário

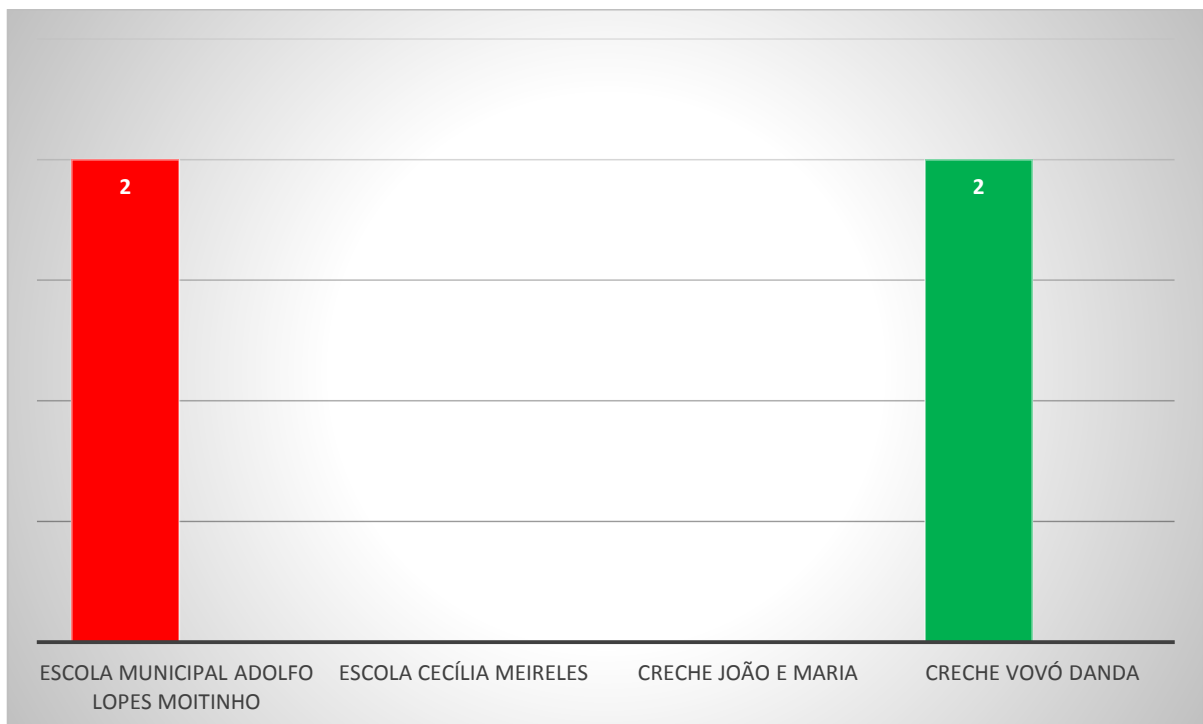
na Escola Cecília Meireles foi possível observar que os 15 alunos também apresentaram conhecimentos sobre cuidados com a saúde bucal, o que pode ser avaliado através do gráfico 8 acima.

Diante dos dados apresentados avalia-se que os alunos da Escola Cecília Meireles estão conscientes de suas obrigações em saúde bucal e se disponibilizam a aprender muito mais sobre a prevenção de cáries.

4.2 ENTREVISTA COM OS PROFESSORES

No eixo 2 são contemplados dados das entrevistas realizadas com os professores das escolas: 01 - Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho; 02 – Escola Cecília Meireles; 03 – Creche João e Maria; 04 – Creche Vovó Danda, da rede pública municipal de Jucuruçu. Foram entrevistados 08 professores, sendo 02 de cada escola, cujos questionamentos podem ser observados nos gráficos abaixo:

Gráfico 09 – Número de Atividades Relacionadas a Saúde Bucal nas Escolas



Fonte: Questionário fechado aplicado aos professores das escolas Adolfo Lopes Moitinho, Escola Cecília Meireles, Creche João e Maria, Creche Vovó Danda, 2018.

O gráfico 09, mostra que a Escola Cecília Meireles e Creche João e Maria

não realiza atividades relacionadas a Saúde Bucal, o que significa que apesar da ausência de informações os alunos apresentam conhecimentos importantes sobre os cuidados com os dentes, de acordo o que foi apresentado na entrevista no eixo 01.

Educação em saúde bucal implica conhecimento na conscientização das pessoas aliado ao desenvolvimento das habilidades necessárias para se alcançar a saúde bucal sendo, portanto, focada em oportunidades de aprendizagem. A promoção de saúde bucal pode ser desenvolvida em uma grande diversidade de espaços sociais, grupos populacionais e atividades, por diferentes profissionais. Escolas, por exemplo, podem desenvolver uma série de ações para promover saúde bucal, como, por exemplo, uma política de alimentação, oferecendo alimentos saudáveis na cantina; a inclusão de tópicos de saúde bucal no currículo, destacando informações práticas, não só a discussão sobre a importância de limpeza dos dentes, mas também como limpar, associadas à disponibilidade de espaços adequados para a higienização dos dentes (MESQUINI; MOLINARI; PRADO, 2006).

Observa-se que as demais escolas vêm desenvolvendo um trabalho excelente em relação à saúde bucal, contribuindo para a promoção da saúde de seus educandos em todos os aspectos.

Tabela 06 – Execução do Programa Saúde na Escola

	ESCOLA	PROFESSORES	
		SIM	NÃO
01	Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	02	
02	Escola Cecília Meireles		02
03	Creche João e Maria		02
04	Creche Vovó Danda.	02	

Fonte: Questionário fechado aplicado aos professores das escolas Adolfo Lopes Moitinho, Escola Cecília Meireles, Creche João e Maria, Creche Vovó Danda, 2018.

A tabela acima traz resultados sobre a execução do Programa Saúde na Escola. Dentre os 08 professores entrevistados, 04 responderam que a escola executa o PSE.

E ao serem questionados sobre a realização das atividades responderam:

Tabela 07 – Realização das Atividades

ESCOLA		ATIVIDADES
01	Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	Através de palestras com o dentista.
04	Creche Vovó Danda	Mediante parcerias entre a escola e a saúde, sendo as atividades realizadas por meio de palestras, reunião com os pais e profissionais da saúde, visita do dentista na escola a cada dois meses.

Fonte: Questionário fechado aplicado aos professores das escolas Adolfo Lopes Moitinho e Creche Vovó Danda, 2018.

Os professores da Creche João e Maria e da Escola Cecília Meireles responderam, de acordo a tabela 05, que não possuem a Execução do Programa Saúde na Escola (PSE), o que significa que não apresenta atividades contidas na tabela 6.

Nota-se que as escolas que disseram (não), precisam repensar sobre suas ações educativas através do PSE, bem como, utilizar de estratégias que possibilitem aos alunos maiores informações sobre a saúde bucal.

Para a construção das ações educativas e da execução do PSE é de fundamental importância que haja participação de toda a comunidade escolar e dos profissionais de saúde, possibilitando subsídios que possam contribuir para a saúde na escola. Analisa-se que essa promoção deve partir de profissionais capacitados e aptos para desenvolver práticas que viabilizem melhoria saudável dos alunos.

Tabela 08 – Profissionais de Saúde presentes nas escolas segundo professores participantes da pesquisa

PROFISSIONAIS	RESPOSTAS PROFESSORES
Dentista	04
Nutricionista	08
Técnico de Enfermagem	08
Enfermeira	08

Fonte: Questionário fechado aplicado aos professores das escolas Adolfo Lopes Moitinho, Escola Cecília Meireles, Creche João e Maria, Creche Vovó Danda, 2018.

A tabela 08, apresenta dados obtidos sobre os profissionais de saúde, e quem são esses profissionais. Observa-se os 08 professores entrevistados informaram que a escola recebe profissionais de saúde, sendo eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e apenas 04 professores responderam que recebem visita e apoio do cirurgião-dentista.

O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do programa, sendo importantes e necessárias ações inter, multi e transdisciplinares para ultrapassar todos os obstáculos presentes, para isso o trabalho em equipe deve ser construído de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto (KELL; SHIMIZU, 2010).

Neste sentido, acredita-se que a saúde na escola é uma ação eficaz na qualidade de vida dos educandos, principalmente no que se refere à saúde bucal. A integração conjunta entre equipe escolar e equipe de saúde contribui para a prevenção das doenças bucais e ajuda os educandos e desenvolverem conhecimentos importantes sobre a saúde.

Ao serem questionados se as escolas devem fazer orientações em saúde bucal, os 08 entrevistados disseram que sim. Afirmaram que a escola deve transmitir informações sobre saúde bucal, uma vez que faz parte de um processo educacional e permite os alunos dentes saudáveis. Quanto ao porque dessas orientações os professores responderam:

Tabela 09 – Relatos dos professores sobre a importância das orientações em saúde bucal

	ESCOLA	RESPOSTAS
01	Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	“Com a saúde bucal o aluno tem mais disposição para participar das atividades”. “Além de sorrir mais e socializar”.
02	Escola Cecília Meireles	“A saúde bucal impede a transmissão de doenças”. “A boca é o cartão de visita do aluno, ou seja, o aluno que tem uma boa saúde bucal é mais participativo”.
03	Creche João e Maria	“Com as orientações sobre a saúde bucal vão diminuir o número de alunos com cáries”. “Com a saúde bucal em dia a criança tem mais disposição para realizar as atividades, diferente daquela criança que as vezes está com dor de dente e se isola no canto da sala”.
04	Creche Vovó Danda.	“Os dentes têm um papel fundamental para triturar os alimentos, ajudando assim na digestão”. “A saúde começa pela boca, se a criança tem dentes cariados isso pode levar a baixo rendimento escolar, faltando a escola por causa de dor de dente”.

Fonte: Questionário fechado aplicado aos professores das escolas Adolfo Lopes Moitinho, Escola Cecília Meireles, Creche João e Maria, Creche Vovó Danda, 2018.

A promoção da saúde é um dever de todos, embora vários setores reforcem o desenvolvimento em diferentes espaços. No setor educacional essa promoção deve ser implementada através de estratégias integradas do próprio sistema educacional utilizando o trabalho profissional do educador para que essas ações sejam fortemente acessadas pelos alunos, possibilitando ao mesmo hábitos de vida saudável.

Da mesma forma, se faz necessário o preparo pedagógico dos educadores, investindo em sua formação permanente e constante, tendo como meta aprofundar conhecimentos inerentes ao tema. Assim é possível incrementar ações de educação em saúde bucal para adolescentes, analisando o conhecimento dos docentes sobre saúde bucal, verificando se este conteúdo é ministrado em sala de aula, além de

propor estratégias para melhoria destas ações. (CAMPOS, 2004; SILVA, 2007).

Diante disso, torna-se importante e indispensável que a escola procure atender os problemas vivenciados pelos alunos, principalmente avaliar a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos na educação. Assim, as práticas educativas em saúde devem ser transmitidas aos alunos, haja vista, que a saúde no ambiente escolar é um instrumento indispensável à formação dos indivíduos.

No que se refere ao Programa Saúde na Escola, 02 dos professores entrevistados classificaram o programa como ótimo, outros 02 disseram que o PSE é bom, enquanto que os outros 04 disseram que não sabem como classificar uma vez que o programa não funciona na escola.

Com base nessa avaliação, é possível planejar ações para a promoção da saúde bucal, que está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, promovendo uma integração às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas, como políticas que garantam o acesso à água tratada e fluoretada, a universalização do uso de dentifrício fluoretado e escova dental e que assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos apropriados (BRASIL, 2009).

Com isso, compreende-se que o Programa Saúde na Escola contribui para fortalecer as ações entre educação e saúde, além de possibilitar uma identificação na saúde dos educandos. O desenvolvimento de ações educativas voltadas para a saúde é um processo antigo, que vem se concretizando na atualidade através do PSE, esse programa já se faz existente em muitos países, embora no Brasil muitas escolas desconheçam sua criação.

Neste contexto, é fundamental a intersetorialidade, favorecendo a promoção da saúde. Em estudo que analisa a ação intersetorial desenvolvida entre os setores saúde e educação no processo de implementação do Programa Saúde na Escola, os entrevistados reconhecem que a intersetorialidade é um trabalho necessário que requer parceria entre as instituições, diante da complexidade dos problemas sociais existentes. Considera-se que o programa fortaleceu a relação entre os dois setores, entretanto, aspectos da articulação intersetorial no processo político-gerencial mostraram-se com fragilidades e limitações. (SOUZA, 2017).

É através do profundo conhecimento acerca do PSE e dos objetivos ofertados por este serviço, se possibilita a estruturação de estratégias capazes de interromper

os problemas de saúde no âmbito escolar, e conseqüentemente, possibilitar um maior acesso a outros serviços como a saúde bucal.

Como visto nos resultados desta pesquisa, a maioria dos artigos trouxe resultados positivos nas avaliações realizadas. De acordo com Miller et al. 2006, os Programas de Saúde Bucal realmente podem servir como um pequeno passo no sentido de as crianças alcançarem autonomia nas práticas de higiene bucal. Percebe-se a importância da realização de Programas Saúde Bucal para estudantes, com a finalidade de promover saúde bucal e qualidade de vida.

A atenção à saúde bucal na escola contribui para o enfrentamento de vários desafios e promove soluções contínuas no trabalho educativo. Através das atividades é possível combater a aceleração de várias doenças. Todo trabalho apresentará resultados significativos se a escola e os profissionais de saúde compreender as necessidades dos educandos e promover o bem-estar desses sujeitos.

Sendo assim, os dados apresentados nos eixos 1 e 2 permitem analisar a importância do Programa Saúde na Escola e através dele apontar as ações educativas que viabilizem a saúde bucal dos entrevistados, tendo em vista que as estratégias promovidas nas escolas pesquisadas possibilita auxiliar alunos e professores na aquisição de informações corretas sobre a saúde bucal e na construção de hábitos saudáveis no ambiente escolar.

4.3 AVALIAÇÃO CPO-D e ceo-d

O eixo 3, discute os dados obtidos durante as avaliações do CPOD e ceo-d realizados nas escolas pesquisadas. O CPOD foi executado nas Escolas Adolfo Lopes Moitinho e Cecília Meireles.

É de suma importância o estabelecimento da realidade social e epidemiológica de uma população para que, uma vez traçado o perfil e estabelecidas as necessidades das diferentes faixas etárias, sejam viabilizados além do planejamento de ações de promoção de saúde bucal, a avaliação das mesmas. (BRASIL, 2004).

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a prevalência de cárie dentária dos alunos da rede pública de ensino do Município de Jucuruçu-BA, a fim de subsidiar informações que visem a relação entre os dados encontrados e a realidade do município.

Tabela 10: Avaliação CPOD das Escolas 01 e 02

	C		P		O		D
	M	F	M	F	M	F	
1- Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho	15	17	1	2	3	5	2,68
2- Escola Cecília Meireles	15	22	5	3	3	6	3,60

Fonte: Avaliação CPOD dos alunos, 2018.

Conforme dados apresentados na tabela 10, a condição de saúde bucal dos alunos da Escola Adolfo Lopes Moitinho o índice CPO-D é menor que os resultados encontrados na escola Cecília Meireles, cujo o valor do CPO-D é de 3,60, o que significa que o índice de cárie dos alunos entrevistados está acima da média da região nordeste, o que garante a falta de efetividade qualificada do Programa Saúde na Escola (PSE). Já os resultados positivos encontrados na escola 01 estão diretamente associados ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde (dentista) e educação (professores).

A presença do profissional da Odontologia é indispensável no processo de transmissão de conhecimentos e incorporação de hábitos em prol da saúde bucal dos escolares e professores. Porém, o estímulo e a continuidade na motivação das crianças cabem ao professor, uma vez que este exerce grande influência sobre os alunos. (GOEL, 1997).

Para tanto, a função do dentista na promoção da saúde na escola, deve propiciar saberes e conhecimentos que incentivam as práticas saudáveis dos dentes, tendo em vista a qualidade de vida dos alunos, além de fornecer informações significativas no combate às cáries.

Tabela 11: Avaliação ceo-d das Creches

	C		E		O		D
	M	F	M	F	M	F	
Creche João e Maria	32	30	9	11	7	10	3,53
Creche Vovó Danda	15	14	5	6	4	5	2,88

Fonte: Pesquisa.

A tabela 11 acima, traz os resultados da avaliação do ceo-d realizados nas creches Vovó Danda e Creche João e Maria, do município de Jucuruçu-BA. Essa avaliação odontológica permite apontar a quantidade de elementos dentários cariados, extraídos ou indicados para extração e obturados.

A cobertura de avaliação da Creche Vovó Danda foi examinada em 17 crianças com idades de 5 anos. Das 17 crianças avaliadas, 10 do sexo feminino e 07 do sexo masculino. Todas as 17 crianças apresentaram higiene bucal satisfatória.

De acordo os dados apresentados na avaliação ceo-d das 17 crianças da creche 01, foram observados 29 dentes cariados, 11 extrações indicada, 09 obturados, apresentando um índice de 2,88, que comparado a região nordeste (2,92). As condições de saúde bucal da escola 01 pode ser considerada boa, sendo menor que a média de abrangência da região nordeste, realizada pelo Ministério de Saúde brasileiro (SB/BRASIL, 2010). No gráfico abaixo, podem ser avaliados os dados do ceo-d, nas regiões brasileiras e a média atribuída. Ressalta-se que não foram encontrados na literatura dados mais recentes.

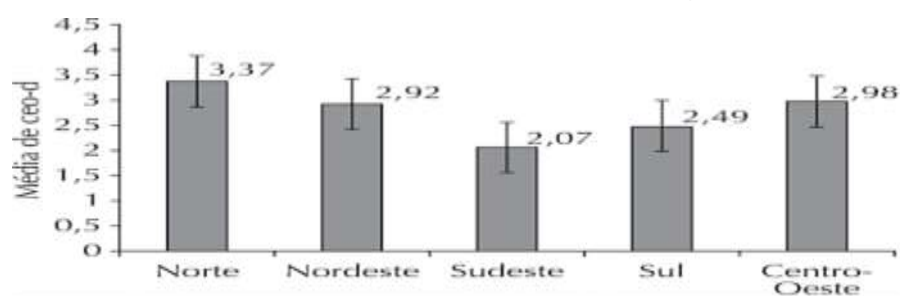
Gráfico 10 – Índice de ceo-d nas Regiões Brasileiras

Figura. Índice ceo-d e intervalo de 95% de confiança em crianças de cinco anos por macrorregião. SBBrasil, 2010.

Fonte: SB Brasil, 2010

A baixa incidência de cárie na Creche Vovó Danda pode orientar as ações de saúde bucal promovida pela escola e também pelas práticas de escovações diárias com dentifrícios fluoretados.

Assim, o conhecimento da situação epidemiológica e socioeconômica de cada comunidade é essencial para o planejamento das ações em saúde bucal, sendo o caminho correto para a superação do atendimento indiscriminado de uma demanda espontânea (PEREIRA, 2003; PERES, 2007; ROSE, 1985). Este conhecimento é um dos princípios do ESF e com o aumento do número de USF, que tem ocorrido no Brasil, a tendência é que o declínio do índice de cárie continue ocorrendo e que a polarização do índice seja reduzida cada vez mais.

Na Creche João e Maria foram avaliadas 28 crianças, sendo 12 do gênero masculino e 16 do gênero feminino, com idade de 5 anos. Das crianças avaliadas a maioria não apresentava boa higienização e saúde bucal insatisfatória.

Os resultados obtidos quanto ao índice de ceo-d na creche 02, foram 62 dentes cariados, 20 extrações e 17 dentes obturados, cujo índice de 3,53, que comparado com os dados da região nordeste (2,92), está acima da média, indicando precariedade na saúde bucal dos alunos.

Os dados mostraram alta prevalência e polarização da cárie na creche 02, o que sugere que se faça uma melhor assistência em saúde bucal por parte do Programa Saúde na Escola. Em suma, a cárie permanece como um grande problema de saúde pública na Creche João e Maria.

Este fato reflete a polarização da doença cárie, ou seja, uma concentração maior da doença e das necessidades de tratamento em uma parcela da população. A experiência de cárie em pré-escolares está condicionada ao fator idade e nível socioeconômico, numa relação em que maior a idade e pior o nível socioeconômico, maior a prevalência de cárie. (GARCIA; MENEZES, 2005).

No que se refere à creche 02, a incidência de cárie está associada a deficiência de orientação adequada quanto aos hábitos de higiene oral, tanto por parte da falta de um cirurgião-dentista na área de abrangência (na ESF de Jucuruçu/sede). Observou-se que as práticas de escovação das crianças na creche são bastante irregulares e, precisam da realização de um trabalho interdisciplinar nesse segmento.

A melhoria da situação de saúde bucal implica em transformações sociais que promovam impacto nas condições de vida existentes, repercutindo, de forma positiva, em várias vertentes: trabalho, moradia, educação, renda, acesso a serviços de saúde.

Por outro lado, ações específicas de promoção de saúde bucal podem e devem ser implantadas e/ou implementadas, no plano micro estrutural, seja no âmbito dos serviços de saúde, ou no ambiente de aprendizado. Ações de educação em saúde aos pais e responsáveis, ampliar o acesso aos serviços de saúde promovendo ações de diagnóstico e tratamento segundo risco de cárie e ações de prevenção com visitas periódicas na Atenção Básica devem ser reforçadas. (OLATOSI, STHEPEN, 2015).

Embora, os resultados se mostrem negativo em relação à creche 02, na avaliação de ceo-d, fica claro, de modo geral, que a ausência do PSE pode contribuir para o alto índice de cárie nos alunos.

A idade de início da escovação dos dentes evidenciou-se como um importante fator para diminuição do desenvolvimento da cárie, tal como noutros estudos (COSTA e COL. 2006, GRANVILLE-GARCIA 2010). Verificando-se que a maioria das crianças só iniciou a escovação dos dentes entre o primeiro e o terceiro ano de vida, este deverá ser um dos tópicos essenciais a incluir nas ações de educação para a saúde oral em grávidas e nas consultas durante o primeiro ano de vida do bebê, de modo a que a escovação dos dentes se inicie mais precocemente

Assim, é essencial que haja melhor utilização de ações de promoção em saúde, cuja execução compete principalmente aos responsáveis pela escola. Recomenda-se a realização de ações de educação em saúde bucal, onde os alunos possam desenvolver conhecimentos importantes sobre os cuidados com os dentes. As orientações em saúde bucal podem ser inseridas em atividades lúdicas, facilitando o aprendizado e o interesse das crianças sobre o assunto.

Diante do exposto, tornam-se imprescindíveis a criação e o incentivo de programas educativos que ampliem a promoção de saúde, já que atividades como estas são capazes de motivar as crianças, em fase pré-escolar, para mudança de hábitos, estimulando as mesmas para o cuidado com a sua saúde bucal. (PAULETO, 2004).

Portanto, os resultados da presente pesquisa são relevantes para o conhecimento das necessidades de tratamento bucal, principalmente nas escolas mais afetadas do Município de Jucuruçu-BA.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado nesse estudo, o Programa Saúde na Escola tem como objetivo promover ações educativas, preventiva e mediadora no combate aos problemas de saúde vivenciando pelos educandos. No que se refere à saúde bucal, deve ser analisada em todos os seus aspectos, procurando conhecer a realidade dos alunos e suas condições de higiene bucal.

Esta pesquisa procurou identificar as ações do Programa Saúde na Escola e através das práticas odontológicas avaliar o índice de cáries dos alunos da rede municipal de Jucuruçu-BA.

Apesar da existência do programa no município, observou-se que a transmissão de conhecimentos e informações sobre a saúde bucal nas escolas está sendo desenvolvida em algumas unidades de ensino, causando assim um problema a ser discutido. Esses problemas foram vistos nas falas dos professores e também no índice de cárie apresentado pela avaliação CPO-D e ceo-d das escolas pesquisadas, que precisam de práticas mobilizadoras quanto a problemática sobre o índice de cárie que é maior na escola e creche onde o programa saúde na escola não é realizado. Alunos e professores precisam de maiores informações sobre o assunto, a fim de garantir uma boa saúde bucal.

Assim, a partir dos resultados obtidos na presente pesquisa necessita de mais eficácia no Programa Saúde na Escola, buscando por estratégias que reduzam o índice de cáries nas escolas do município de Jucuruçu-BA. Diante disso, é indispensável o trabalho odontológico dentro das escolas, tendo em vista que esse profissional age como um facilitador de prevenção, combate, orientação sobre os cuidados necessários com a saúde bucal, possibilitando aos educandos um conhecimento amplo sobre hábitos relevantes que ajudam a manter os dentes fortes e saudáveis. Contudo, sua relevância vai além, propiciando reflexão e habilidades, estimulando potencialidade, sugerindo novas atitudes avaliativas e melhoria de vida.

Para tanto, recomenda-se que a Política de Saúde Bucal do município de Jucuruçu inclua medidas relevantes de orientações educativas de prevenção a cárie na escola e creche do município, assim como: a confecção de panfleto e distribuição após as palestras com os estudantes, orientações e discussões sobre o tema abordado, cujo objetivo despertar um interesse maior com a saúde bucal dos educandos (conforme apêndice C), a fim de reverter a realidade das escolas

pesquisadas. Espera-se que esse material forneça subsídios significativos para os profissionais em saúde bucal e os ajudem na construção de novas ideias na promoção da saúde no âmbito escolar, visando estratégias que derrubem as barreiras existentes entre a saúde e a escola.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, Aline Guerra; ALMEIDA, Bruna Surlane; MARTINS DE CASTRO, Renata Faustino; XAVIER, Cosmes Roman Getson; SALES, Peres Silvia Helena Carvalho; BASTOS, José Roberto Magalhães. **The importance of dental health education for preschoolchildren.** Rev Odontol UNESP, 2003; 32(1):39-45.

ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; OLIVEIRA, Mayra Fernandes de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. **Internações por tuberculose pulmonar no estado de São Paulo no ano de 2004.** Cien Saude Colet, 12 (2):409-417, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA [editorial]. Atendimento esquecido, prejuízos aumentados *Rev. ABO Naç*[periódico na Internet]. 2012 [acessado 2008 nov 15]; [cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.abonacional.com.br/revista/85/materia-3.php>. Acesso em maio de 2019.

BERTOLLI, Carlos Filho. **História da saúde Pública no Brasil**, Editora ática, São Paulo 2003. Série: História em Movimento. Ed. Editora Ática. São Paulo: 2003.

BOTTAN, Elisabete Rabaldo; KETZER, Júlia de Campos; OLIVEIRA, Luiza; CAMPOS, Luciane; FARIAS, Maria Mercê Gouveia Aquino. **Educação em saúde bucal: perspectivas de integração entre professores do ensino fundamental e cirurgiões-dentistas em um município do vale do Itajaí (SC).** Salusvita. 29(1):7-16; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Relatório de Acompanhamento de Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público.** Brasília, 13p. Mimeo, fevereiro de 1980b.

_____. Ministério da Saúde. **Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. GT/ODONTO.** Relatório de atividades 1983. 10p. Mimeo, Brasília, DF, 1983b.

_____. **Constituição de 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 48. ed. Rio de Janeiro: Escala, 2006.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do **Sistema Único de Saúde – SUS** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Resultados principais. Brasília: MS; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais.** Brasília, 2004. 67 p.

_____. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **CNS Bucal, I. Conclusões.** Mimeo. Brasília, DF, 2004.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Nacional de Saúde na Escola - PNSE, e dá outras providências.** Disponível em: Universidade Estadual de Maringá 12 a 14 de junho de 2004.

_____. Ministério da Saúde; **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 210 p, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **A Educação permanente entra na Roda. Dep. de Gestão da Educação na Saúde.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Total de equipes de saúde da família: saúde bucal no município de São Paulo.** Brasília, DF, 2008.

_____. **Brasil Sorridente.** Resultado SB Brasil 2010. [Internet] 2010. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/03_jul/set/V32_n3_2014_p235a240.pdf. Acesso 25/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira.** Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf2011. [citado 11 Jan 2012].

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e Aids. Criança, adolescente e adulto jovem.** Documento de referência para o trabalho de prevenção das DST, Aids e drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB Brasil 2010: resultados principais.** Brasília: MS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51 BRASIL.** Departamento de Atenção Básica. 2009. "Programa Saúde da Família". Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php [Acessado em novembro de 2018].

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. Disponível em <https://www.ufsm.br/cursos/graduacao/santamaria/odontologia/wpcontent/uploads/sites/443/2018/12/BrasilSorridente.pdf> Acesso em 25/11/2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUENO, Denise. **Programa Saúde na Escola (PSE): Desafios da Intersetorialidade**. Ministério da Saúde. **Seminário Integrado da Política de Saúde na Escola**. Fortaleza/CE – 21 de junho de 2012.

CAMPOS, Gastão. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. CAMPOS, Farias Cardoso Carlos; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 110, p. 2010.

CARÁCIO, Flávia Cristina Castilho. FAMEMA. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Atribuições específicas do cirurgião-dentista no PSF**. 2007.

CAROUNANIDY, Usha; SATHYANARAYANAN, Raja. **Dental caries: a complete changeover (Part II)-Changeover in the diagnosis and prognosis**. *J Conserv Dent*. 2009 Jul; 12 (3): 87-100. doi: 10.4103 / 0972-0707.57631.

CARVALHO, Daniela Costa Lima. **Avaliação in vitro do efeito do abacate, Hass, banana prata e maçã Fuji sobre a fermentação e a síntese de polissacarídeos extracelulares da placa dentária humana**. 2003. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

CASTRO Christina Oliveira de; OLIVEIRA Katiane Savazzini de; CARVALHO Raquel Barroni de; GARBIN, Cléa Adas Salibas; SANTOS, Karine Tonini dos. **Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais**. *Odontol Clín Cient*. 1(1):51-6; 2012.

CAVAZZOLA, Antônio Sabatini. **Avaliação dos efeitos dos chás de camomila, cidreira e erva doce sobre a fermentação e síntese de polissacarídeos na placa dentária humana: estudo in vitro**. 2003. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde**. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

COLAK, Hamidi; DULGERGIL, C.T; DALLI, Mehmet; HAMIDI, Med. **A cárie precoce da infância atualiza uma revisão de causas, diagnósticos e tratamentos**. *J.Nat Sci Biol Med*. 2013 Jan; 4 (1): 29-38. doi: 10.4103 / 0976-9668.107257.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTIS, Florence. **Em busca de uma visão antropológica no contexto saúde da família**, Revista Brasileira de Enfermagem, 2006.

COSTA, Álvaro de Lima Moreira; PAIVA, Elaine; COLL, Ferreira; **Saúde Oral Infantil: uma abordagem preventiva**. Rev Port Clin Geral. 22:337-46. 2006.

DAMASCENO, Lourenço, Moro; MARASSI, Cláudia de Souza; RAMOS, Maria Elisa Barbosa; SOUZA, Ian Pereira Ramos Santos. **Alterações no comprometimento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso**. Rev Bras Odontol, v.59, n.3, p.193-196, mai-jun, 2002.

DINIZ, Maria Cecília Pinto. **A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para compreensão da Educação em Saúde no Brasil**. 2007. 205p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde Coletiva) – Instituto René Rachou/ Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2007.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Caderno de Pesquisa, n. 115, p. 139-154, março/2002.

EDELSTEIN, Bevenuto Leonel. **Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys**. Ambul Pediatr, v.2, Suppl. 2, p.141-7, 2002.

ELIAS, Marina Sá. **A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 88-95, janeiro 2001.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Costa. **As Origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nisia Trindade et al (org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FEJERSKOV, Ole. **Mudando Paradigmas em Conceitos sobre Cárie Dentária Oral: Consequências para a Saúde Bucal**. Cárie Res. 2004 maio-junho; 38 (3): 182-91.

_____. KIDD, Edwyna AM. organizadores. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. São Paulo: Santos; 2005.

FERREIRA, Jainara Maria Soares et al. **Therapeutic effect of two fluoride varnishes on white spot lesions: a randomized clinical trial**. Braz Oral Res [online]. 23(4):446-51, 2009.

FILESTONE, Andy Ross; SEMA, Daniela; HEAVEN, Tom Jeremy; WEEMS, Richard A. **The effect of a knowledge-based, image analysis and clinical decision support system on observer performance in the diagnosis of approximal caries from radiographic images**. Caries Res., v.32, n.2, p.127-134, 1998.

FLANDERS, Robert A. **Effectiveness of dental health education programs in schools**. JADA. v. 114, n. 2, p. 239–42, 1987.

FREIRE, Maria do Carmo Matias. **Políticas públicas de alimentação saudável.** In: Bonecker M, Sheiham A, organizadores. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos; p. 109-28, 2004.

GARCIA Alexandre F. G; MENEZES Valdenice Aparecida. **Experiência de Cárie em pré-escolares da rede pública e privada da cidade do Recife – PE.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 5 (2): 103-109, maio / ago. 2005.

GILBERT, George Herreyne; DUNCAN, Richard P; SHELTON, Brent J. **Social determinants of tooth loss.** Health Serv Res, v.38, p.1843-62, 2003.

GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidellis. **Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul.** Cad. Saúde Pública [online]. 2017, vol.33, suppl.2, e00118816. Epub Oct 02, 2017. ISSN 1678-4464.

GOEL Pnya, Shetty Vittaldas. **Knowledge, attitude and practice of dental caries and periodontal disease prevention among primary schoolteachers in Udupi municipality.** J Indian Soc Pedod Prev Dent 15(4):124-9.1997.

GRANVILLE-GARCIA Ana Flávia; MENEZES Valdelice Aparecida. **Experiência de Cárie em pré-escolares da rede pública e privada da cidade do Recife – PE.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 58: 469-473, 2010.

GREWAL, Harpreet, VERMA Mahesh; KUMAR, Azad. Prevalência e cárie dentária e necessidades de tratamento na população infantil rural do distrito de Nainital. Uttaranchal, J Indian Soc Pedod Prevent Dent 27(4): 224-6, 2009.

HOLMEN, Lian. et al. **A polarized light microscopic study of progressive stages of enamel caries in vivo.** Caries Res., Basel, v. 19, no. 4, p. 348-354, 1985.

INOUE, Laka T. *et al.* **Psicanálise e odontologia: uma trajetória em construção.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, v.18, n.1, p.87-92, jan- abr, 2006.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional.** Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2006.

JENNY, Jensey; PROSHEK, Jose Manoel. **Visibilidade e prestígio das ocupações e a importância da aparência dentária.** J pode Dent Assoc. 1986 Dez; 52 (12): 987-9.

JENSEN, Marilyn Anne. **Diet and dental caries.** Dent. Clin. North Am., Philadelphia, v. 43, no. 4, p. 615-633, Oct. 1999.

JOSÉ FILHO, Mário. **Pesquisas: contornos no processo educativo.** In: Mário José Filho; Osvaldo Dalbério. (Org.). Desafios da Pesquisa. 1ed.Franca: UNESP, 2006, v. 1, p. 63-75.

JUCURUÇU. Secretaria Municipal de Saúde de Jucuruçu-BA. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **No Rumo Certo**. Jucuruçu, abr. 2009.

JUNIOR Anderso Luíz Costa. **Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução**. Estud Pesq Psicol 2(2):46-53, 2013.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. **Existe trabalho em equipe no programa Saúde da Família?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, (supl. 1), p. 1533-1541, 2010.

LESSA, Paula Renata; RIBEIRO, Samila Gomes; LIMA, Diego Jorge Maia; NICOLAU, Antônio I. O; DAMASCENO, Angêla K. C; PINHEIRO, André K.B. **Presença de lesões intraepiteliais de alto grau entre mulheres privadas de liberdade: estudo documental**. Revista Latino Americana de Enfermagem, 20(2): 01- 09. 2012.

LIMA, Mon. **Implantação de salas educativas na estratégia de saúde da família por meio do agente comunitário de saúde como educador em saúde: uma Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37, n.3, p. 27-32, setembro/dezembro, 2007, 32 relato de experiência. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, 17-24, 2012.

LIMA, de Rivelina. Cássia A; SCHNEIDE Laura. **Percepção Sobre Saúde Bucal e Análise das Causas de Evasão do Tratamento Odontológico de Adolescentes do Ensino Público Municipal e Estadual de Araucária, PR**. Juiz de Fora, 2010.

LOESCHE, William J. **Cárie Dental - Uma infecção tratável**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

LOPES, Antônio. **A Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão do futuro ou um tema atual?** Rev Odontol Univ Santo Amaro; 1(2):11-14, 2009.

MANFREDINI, Manfredo. **Planejamento em saúde Bucal**. In: PEREIRA, A.C. *et al*. Odontologia em saúde coletiva, Porto Alegre, Artmed, 2003.

MAGID, Kesson S. **Diagnóstico de cárie: a necessidade de um novo padrão de atendimento**. Alpha Omegan, v.89, n.3, p.6-10, 1996.

MARTHALER, Thadeu Micael; O'MULLANE, Donnell M; VRBIC. Van. **A prevalência de cárie dentária na Europa 1990-1995**. ORCA Sábado à tarde simpósio 1995. Caries Res, 1990; v.30, n4, p.237-55.

MATOS, Daniela Lourenço; LIMA-COSTA, Miran Ferreira; GUERRA, Henrique L.; MARCENES, Wagner. **Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato**. Rev Saúde Pública, v.36, p.237-43, 2002.

MAZEO, Antônio Carlos. et al. **Influência do cacau e do leite na incidência de cárie em ratos**. Brasil. Bauru, v. 15, n. 4, p. 1-4, 1985.

MCGRATH, Cássia; BRODER Hill; WILSON-GENDERSON Maureem. **Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças: implicações para a pesquisa e a prática.** Comunidade Dent Oral Epidemiol. Abril de 2004; 32 (2): 81-5.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO Marcelo Marcos Piva. **Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais.** Rev APS 12:204-13, 2009.

MENDES, Eugênio Villaça. (Org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 310p.1994.

MENDES, Ricardo Bruno Gonçalves. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MESQUINI, Marly Amélia; MOLINARI, Sônia Lucy; PRADO, Isaura Maria Mesquita. **Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no Ensino Fundamental e Médio.** Arq Mudi. 2006;10(3):16-22.

MILLER Flávia Yan; LAUTAR Collier J; MEYER Jonh Mruk; SUMMERS Dent G. **Achieving autonomy in dental hygiene practice through a school-based oral health program.** J Den Hyg jan. 2006; 8(1): 28.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NUTO, Sharmênia Araújo Soares; NATIONS, Marylin Kay. **Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza-CE.** Saúde Debate, v.66, p.58-67, 2004.

MOYNIHAN, Paula; PETERSEN, Eric. **Diet, nutrition and the prevention of dental diseases.** Public Health Nutr 2004; 7:201-26.

NARVAI, Paulo Carpel. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** 1ª ed. Hucitec; São Paulo, 1994.

NEWBRUN, Ernest. **Cariology.** Second ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.

OGAARD, Bishara; ROLLA, Gunnar; ARENDS, Jille. **In vivo progress of enamel and root surface lesions under plaque as a function of time.** Caries Res., Basel, v. 22, p. 302-305, 1988.

OLATOSI Orenuga O; INEM, Venir; SOFOLA, Orenuga O; PRAKASH Punjabi, SOTE Evan Oyedele. **A prevalência de cárie precoce e seus fatores de risco associados em pré-escolares foram encaminhados para uma instituição terciária.** Níger J Clin Pract. 18 (4): 493-501, 2015.

OLIVEIRA, Maria Lúcia Cunha Lopes. **Educação em Saúde na Escola Pública: limites e possibilidades - uma reflexão histórica sobre a formação do educador.** Rio de Janeiro, 1991. 267f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Departamento de Filosofia da Educação, Fundação Getúlio Vargas, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OPAS/OMS. **Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y Guia para la Accion.** Washington DC, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Local Action: creating health-promoting schools, 2006.** Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/resources/informations_series/en/index.html > Acesso em 20 janeiro 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Educación para la salud: un enfoque integral.** (Série HSS/SILOS, n. 37). Washington: OPS, 1996.

OWENS Jesse; ADDY Marev; FAULKNER Joana; LOCKWOOD Charles; ADAIR Riva. **A shortterm clinical study design to investigate the chemical plaque inhibitory properties of mouthrinses when used as adjunct to toothpastes: applied to chlorhexidine.** J Clin Periodontol. 1887;24(10):732-7.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PALACIOS, Cristina; JOSHIPURA Kaumudi; WILLETT, Willian. **Nutrition and health: guidelines for dental practitioners.** Oral Dis 2009; 15:369-81.

PAULETO Adriana Regina Colombo; PEREIRA Maria Lúcia Toralles; CYRINO Eliana Goldfad. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares.** Ciênc. Saúde Colet. 9:121-30, 2004.

PEREIRA, Antônio Carlos. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo Saúde.** Porto Alegre: Artmed; 440 p. 2003.

PEREIRA, Marcos Guilherme. **Epidemiologia, teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, Daniela Forlin. **Fatores de risco associados à cárie dentária e ao alto nível de estreptococos mutans em crianças de 12 a 24 meses em creches do município de São Paulo - SP [doutorado].** São Paulo; 2007.

PERES, Marcos Aurélio; PERES, Karen Glazer; BARROS, Aloizio Jardim Dornelles. **et al. The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours.** J. Epidemiol Community Health. 2007; 61 (2): 141-5.

PETRY, Paulo Cauhy; PRETTO, Samuel de Moraes. **Educação e motivação em saúde bucal.** In: KRIGER, L. **ABOPREV: promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, cap. 15, p.36370, 1997.

PINHEIRO, Poliana Miranda. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.** Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2010.

PINHEIRO, Cláudio Eduardo. **Curso de Bioquímica da cárie dental; -: VI - Fatores etiológicos: suscetibilidade do dente.** Rev. Paul. Odontol, v.5, n.4, p.53-62, jul./Ago. 1983.

PINTO, Vera Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.** 5. Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

PITTS, Norman Brunswick; KIDD, Eva Alencar Mejare. **Some of the factors to be considered in the prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries.** J J.Dent. Apr.1992b; v.20, n.2, p.74-84.

PRESTES, Marcelo Pires. **Avaliação do efeito dos leites materno, de vaca e de cabra sobre a fermentação e síntese de polissacarídeos na placa dentária humana.** Estudo in vitro. 2003. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

RAMOS, André Roma. et al. **Percepção e práticas de saúde bucal de escolares de primeiro grau no município do Rio de Janeiro.** Ação Coletiva, v.2, n.4, p.37-9, out./dez. 1999.

REICHSTUL, Henri P; COUTINHO, Luciana Gageiro. **Investimento estatal 1974-1980: ciclo e crise.** In: BELLUZZO, L. G. de M.; COUTINHO, R. (Org.). Desenvolvimento capitalista no Brasil: ensaios sobre a crise. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, p.38-58. v. 2, 1983.

REIS, Maria Ângela de; MENDES, Roberto Teixeira. **Saúde Escolar e Saúde do Escolar.** 2010, p.7. Disponível em: <URL:http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/estrategias_cap1.pdf. Acesso 30/03/2018.

ROSE, Guimarães. **Sick individuals and sick populations.** Int. J. Epidemiol. 1985; 14 (1): 32-8.

ROSSI, Thaís Aranha. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil.** [tese]. Salvador, 2016.

ROVERE, Mário. **Atención primaria de la salud en debate.** Saúde Debate, 2012; 36:327-42.

RUGG-GUNN, Peter. **Preventing the preventable- the nigma of dental caries.** British Dental Journal, 2001; 191 (9): 478-488.

SÁ, Leoni Otton; VASCONCELOS, Maria Mariana Barros de. **A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura.** Odontol Clín Científic. 8(4):299-303. 2009.

SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções de saúde e doença.** In: Santos EM, Natal S, organizadoras. Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa – Curso em Avaliação de Programas de Controle de

Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/Aids. Rio de Janeiro: ABRASCO; p. 350-69. 2005.

SALDANHA, Paula Nunes Ribeiro. **Ações Coletivas de Saúde Bucal em Escolares** 2010. Disponível [www. ufpel.edu. br//2010/cd/pdf/CS/CS00846](http://www.ufpel.edu.br/2010/cd/pdf/CS/CS00846). Acesso 11/12/2010.

SANTOS, Milton. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal**. São Paulo, fev. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal: Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)**. São Paulo, abr. 2007.

SCHULZE, Clênio Jair. **Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil. In Empório do direito**. 2017. Disponível em <http://emporiiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>. Acesso em junho de 2019.

SERRA, Carlos Gonçalves. **A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. 1998, 1323f. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA Heitor Chaves; AMMON Ion, SILVA Rogério Henrique Hildebrand. **Avaliação do paciente sobre ensino de práticas preventivas em Odontologia**. *Odontol Moderna*, 12(5):46-53.2007.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, p. 88-137, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA Greice de Brito et al. **Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes em Embu, SP**. *Saúde Soc*; 16(3): 138-48. 2017.

SPENCER Adams James. **Skewed distributions: new outcome measures**. *Community Dent Oral Epidemiol*. 25(1):52-9.1997.

STEPHEN, Anderson; KRISHNAN, Ramesh; RAMESH, MOONEY; KUMAR Veragani, S. **Prevalence of early childhood caries and its risk factors in 18-72 month old children in Salem, Tamil Nadu**. *J IntSoc Prev Community Dent*. 5(2):95-102.2015.

THYLSTRUP, Ander; FEJERSKOV, Ole. **Cariologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995.

TORRES Maria da Conceição Menezes. **Utilização da clorexidina em seus diversos veículos**. Rev Bras Odontol. 57(3):174-80.2000.

WEYNE, Sara. Cariologia. In: BARATIERI, Luiz Narciso. **Dentística - Procedimentos preventivos e restauradores**. Rio de Janeiro: Quintessence, Cap.1, p.1-42.1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva, World Health Organization. 2003, Pp. 1-149.

ANEXO 2 - Condições de Saúde Bucal na Escola**1 Dados Pessoais**

Idade: _____ Série: _____

Sexo: _____ Turno: _____

Escola: _____

2 Você sabe como evitar cáries? Sim. Como? _____ Não**3 Quantas vezes ao dia você (aluno) escova os dentes?** Uma vez Duas vezes Três vezes Não sabe**4 Quantas vezes ao ano você (aluno) vai ao dentista?** 1 vez 2 vezes 3 vezes depende da necessidade**5 Você (aluno) já fez algum tratamento para remoção de cárie?** Sim – Quantos? _____ Não

PROFESSORES

6 A Escola já realizou alguma atividade relacionada à saúde bucal dos alunos?

- () Sim – Quantas? _____
() Não

7 A Escola executa o Programa Saúde na Escola?

- () Sim - Como são realizadas as atividades através do PSE?
() Não

8 A Escola recebe profissionais de Saúde?

- () Sim – Quais são esses profissionais? _____
() Não

9 A escola deve orientar os alunos sobre a saúde bucal?

- () Sim – Por que? _____
() Não.

10 Como você classifica a execução do Programa Saúde na Escola nesta escola?

- () Bom
() Ruim
() Regular
() Péssima
() Ótima
() Não sabe

APÊNDICE A



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Maria Do Carmo Pereira, Secretária de Educação do Município de Jucuruçu-Ba, RG Nº 11698512-74 SSP-BA CPF Nº 793.320.565.87, AUTORIZO Euler Franklin da Paixão Santos (pesquisador), RG 05.602.764-86 SSP-BA, CPF 906.672.395-53, Cirurgião-Dentista, CRO-BA 6.533, Mestrando em Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação pela Faculdade Vale do Cricaré com o número de matrícula institucional 004000454, a realizar o levantamento epidemiológico odontológico, CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados nos dentes permanentes), ceo-d (índice de dentes cariados, extraídos e obturados nos dentes decíduos) assim como aplicar questionário com professores e alunos do 7º ano das Escolas Adolfo Lopes Moitinho e Creche Vovó Danda (Jardim III) no distrito de Coqueiro e Escola Cecília Meireles e Creche João e Maria (Jardim III) em Jucuruçu, para a realização do Projeto de Pesquisa com o tema PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM CAMPO EM BUSCA DA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE JUCURUÇU-BA, que tem por objetivo primário Avaliar a execução do programa saúde na escola, correlacionando-o ao quantitativo de cáries nos estudantes do ensino fundamental II da escola Adolfo Lopes Moitinho, creche Vovó Danda no distrito de Coqueiro e da escola Municipal Cecília Meireles, creche João e Maria no município de Jucuruçu - BA.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Maria do Carmo Pereira
 OAB nº 1702617
 Secretária de Educação
 Secretaria de Educação
 Município de Jucuruçu - BA
 16.412.025/0001-32



2- Obedecer à disposição ética de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Jucuruçu, 06 de Agosto de 2018.


 Decretos 230/2017
 Secretária de Educação
 Secretária de Educação

Secretaria Municipal de Educação
 16.412.025/0001-32



Prefeitura Municipal de Jucuruçu / BA Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Ronny Patrick Almeida Santos, Secretário de Saúde do Município de Jucuruçu - BA, RG Nº 16277141-03 SSP-BA CPF Nº 078.526.124.90, AUTORIZO Euler Franklin da Paixão Santos (pesquisador), RG 05.602.764-86 SSP-BA, CPF 906.672.395-53, Cirurgião-Dentista, CRO-BA 6.533, Mestrando em Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação pela Faculdade Vale do Cricaré com o número de matrícula institucional 004000454, a realizar o levantamento epidemiológico odontológico, CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados nos dentes permanentes), ceo-d (índice de dentes cariados, extraídos e obturados nos dentes deciduos) assim como aplicar questionário com professores e alunos do 7º ano das Escolas Adolfo Lopes Moitinho e Creche Vovó Danda (Jardim III) no distrito de Coqueiro e Escola Cecília Meireles e Creche João e Maria (Jardim III) em Jucuruçu , para a realização do Projeto de Pesquisa com o tema PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM CAMPO EM BUSCA DA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE CÁRIE DOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE JUCURUÇU-BA, que tem por objetivo primário Avaliar a execução do programa saúde na escola, correlacionando-o ao quantitativo de cáries nos estudantes do ensino fundamental II da escola Adolfo Lopes Moitinho, creche Vovó Danda no distrito de Coqueiro e da escola Municipal Cecília Meireles, creche João e Maria no município de Jucuruçu - BA.

O pesquisador acima qualificado se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

E-mail: smsjuc@hotmail.com

Fone/Fax: (73) 3662-2286

Rua Trindade, s/n - Centro - Jucuruçu-BA - CEP: 45834-000



2- Obedecer à disposição ética de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Jucuruçu, 06 de Agosto de 2018.


Ronny Patrick Almeida Santos
Secretário de Saúde
Decreto 378/2017

Secretário Municipal de Saúde
Ronny Patrick Almeida Santos

E-mail: smsjuc@hotmail.com

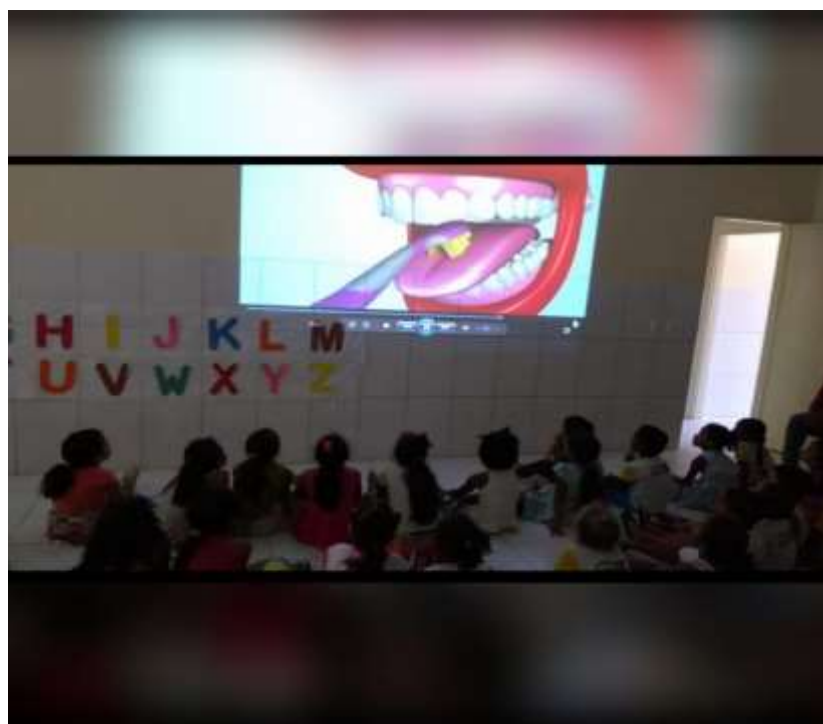
Fone/Fax: (73) 3662-2286

Rua Trindade, s/n - Centro - Jucuruçu-BA - CEP: 45834-000

APÊNDICE B – Realização das atividades



Atividade educativa realizada na creche Vovó Danda abril 2018



Atividade educativa realizada na creche Vovó Danda Junho 2018

APÊNDICE C – Folder confeccionado para ser entregue após as palestras

PARTE EXTERNA

Prevenção da Doença Periodontal

O dente é um órgão vivo, alimentado pelo sangue e implantado no alvéolo (osso), pelo periodonto, que é um conjunto de fibras que funciona como um amortecedor do impacto da mastigação. Para proteger o periodonto existe a gengiva. A gengiva saudável é firmemente aderida ao dente e tem cor rósea.

Doente
Acúmulo de Placa e/ou Tártaro
Inflamação na Irritação da Gengiva
Perda Óssea

Sadio
Gengiva
Osso

A higiene bucal adequada é a melhor forma de prevenir a doença periodontal.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Sorrir com Saúde

Saúde Bucal

JUCURUÇU
MUNICÍPIO DE JUCURUÇU

SECRETARIA DE SAÚDE

PARTE INTERNA

Etiologia

A cárie e a doença periodontal são doenças infecto-contagiosas e transmissíveis. São consequência de um meio bucal desequilibrado. É necessário mantê-lo saudável, através de cuidados com a higiene, alimentação e uso de fio dental. São essenciais de se sempre ao dentista.

Alimentação

A saúde dos dentes e do corpo em geral começa pela boca, no que se refere ao que comemos e aos cuidados de higiene que devemos ter.

Temos que dar preferência a alimentos ricos em vitaminas, proteínas, sais minerais, fibras, carboidratos (feijão, arroz, legumes, peixes, frutas, leite, ovos, etc)

Devemos evitar alimentos com açúcar refinado (sorvetes, refrigerantes, balas, doces, chocolates, pirulitos e etc...), principalmente os grãos doces que ficam mais aderidos aos dentes.

O uso racional de açúcar deve ocorrer em pequena quantidade após as refeições, como sobremesa.

Escovar os Dentes imediatamente!

Limpeza Bucal

Para manter dentes brancos e fortes é preciso que todo um dente seja bem limpo. Portanto, devemos acostumar sempre após as refeições e, principalmente, antes de dormir:

- 1- Usar o fio dental para limpar os espaços entre os dentes
- 2- Escovar os dentes do trás (posteriores), fazendo movimentos circulares.
- 3- Escovar a frente de todos os dentes fazendo pequenos movimentos circulares em grupos de 2 e no máximo 3 dentes de cada vez.
- 4- Escovar o lado de dentro de todos os dentes
- 5- Para escovar o lado de dentro dos dentes da frente devemos colocar a escova na posição vertical fazendo movimentos de cima para baixo nos superiores e de baixo para cima nos inferiores.
- 6- Não esquecer de escovar a parte de trás dos últimos dentes.
- 7- Escovar a língua, gengivas e bochechas.

Lembretes

Faça suas refeições em horários regulares e evite estar toda hora comendo alguma coisa.

Acostume-se hábitos de higiene corretos, após refeições e antes de dormir.

Tenha uma dieta equilibrada e rica em carboidratos (macarrão, arroz, batata, etc) vitaminas, proteínas, fibras e sais minerais.

Não adoce leite e sucos. Evite alimentos açucarados.

Guarde bem de todos os dentes, inclusive da dentição de leite.

As bactérias causadoras de cárie e doença periodontal são transmissíveis. Evite dar beijos na boca ou próximo a ela, em crianças e bebês.

Prevenir é melhor do que curar.

Procure o Posto de Saúde e faça uma consulta com o dentista.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE

Caro Responsável/Representante Legal:

Gostaríamos de obter o seu consentimento para o menor _____,

participar como voluntário da pesquisa intitulada Programa Saúde na Escola: um campo em busca da diminuição do índice de cárie dos alunos da rede municipal de Jucuruçu-BA, que se refere a um projeto de pesquisa.

O (s) objetivo (s) deste estudo é avaliar a execução do programa saúde na escola, correlacionando-o ao quantitativo de cáries nos estudantes do ensino fundamental II das escolas Adolfo Lopes Moitinho, Cecília Meireles, Creche Vovó Danda e Creche João e Maria no município de Jucuruçu - BA.

Os resultados contribuirão para a área profissional, bem como, influenciando nos cuidados da saúde bucal no âmbito escolar. O mesmo abre portas para um processo saudável e possibilita a promoção da saúde em vários setores sociais.

A forma de participação consiste em ancora-se na abordagem qualitativa, dada a especificidade do objeto investigado e na pesquisa de campo. A pesquisa será realizada em 02 escolas e 02 creches, sendo elas: Escola Municipal Adolfo Lopes Moitinho localizada a Rua Bela Vista, S/N, no povoado de Coqueiro na Cidade de Jucuruçu-BA, com 01 turma do 7º ano, turno vespertino total de 16 alunos. Escola Cecília Meireles, localizada a Rod. p/ Dois de Abril, 343, com 02 turmas do 7º ano (vespertino), com um total de 18 alunos. Creche João e Maria, localizada a Rua Jucuruçu, 246, com 28 alunos do turno vespertino. Creche Vovó Danda, localizada a Rodovia Itamaraju, s/n, com 17 alunos do turno vespertino.

O nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa o que garante o anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Não será cobrado nada, não haverá gastos decorrentes de sua participação, se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: (Odontológica). Os riscos são de ficar sem o tratamento (se existir); perda precoce dos dentes decíduos. São esperados os seguintes benefícios da participação: dentes com possibilidade de permanecer saudáveis, educação preventiva.

Gostaríamos de deixar claro que a participação é voluntária e que poderá deixar de participar ou retirar o consentimento, ou ainda descontinuar a participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo de qualquer natureza.

Desde já, agradecemos a atenção e a da participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com pesquisador principal, Euler Franklin da Paixão Santos, Rua Joana Angélica, nº420, Centro Itamaraju-BA, (73) 98819-3818.

Eu, _____(nome do responsável ou representante legal), portador do RG nº: _____, confirmo que Euler Franklin da Paixão explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para participação do menor

_____ (nome do participante da pesquisa menor de idade) também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para o menor participar como voluntário desta pesquisa.

_____, ____de ____de 2018.

(Assinatura responsável ou representante legal)