

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS

Tatiane Queiroz Muniz

PIRAPORA (MG)

2011

TATIANE QUEIROZ MUNIZ

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Silva de Castilho

PIRAPORA (MG)

2011

TATIANE QUEIROZ MUNIZ

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Silva de Castilho

Banca Examinadora:

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte, ___/___/___

PIRAPORA (MG)

2011

*Dedico ao meu irmão Fabio, pela força, pelo apoio e pela
paciência nessa minha caminhada.*

AGRADECIMENTOS

A professora Lia Castilho, pela paciência, orientação e aprendizado concedido na construção do Trabalho de Conclusão de Curso.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação da UFMG, pela excelente qualidade na realização deste estudo.

RESUMO

Apesar da prática odontológica ainda se concentrar no atendimento individualizado cirúrgico-restaurador, a prevenção de doenças bucais tem se apresentado como uma forma mais eficaz de promover a saúde bucal. Muitos trabalhos educativos e preventivos vêm sendo realizados dentro de instituições de ensino transmitindo informações sobre o cuidado de sua higiene bucal. A Escola é, por excelência, um local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde e higiene bucal por reunir escolares com faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. A importância da introdução sobre os cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar é justificada pelo fato de as crianças estarem em fase de descobertas e em processo de aprendizagem. A presente monografia tem por objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a importância da promoção em saúde bucal nas Escolas, seu histórico de implantação no Brasil, suas correntes pedagógicas principais e o valor da categoria “motivação” para o sucesso de um programa de educação em saúde no ambiente escolar. Para tanto empreendeu-se uma busca na base de dados Medline, Lilacs e BBO de 1966 a 2012 empregando-se os seguintes descritores: Promoção de Saúde; Saúde Bucal; Escolas. Os artigos revelam que hábitos saudáveis devem ser ensinados desde a mais tenra idade e a escola é um lugar por excelência para que este processo seja iniciado. Conclui-se que a educação em saúde e adoção de hábitos como higienização bucal e alimentação saudável devem fazer parte do cotidiano escolar desde a pré-escola.

Palavras-Chave: Promoção de Saúde; Saúde Bucal; Escolas.

ABSTRACT

Although the dental practice has to focus on individualized care-restorative surgery, prevention of oral diseases has emerged as a most effective way to promote oral health. Much educational and preventive work has been conducted in educational institutions imparting information about the care of their oral hygiene. Schools are, par excellence, a place for the development of programs in health and oral hygiene for bringing to school age conducive to the adoption of preventive and educational measures. The introduction on the importance of oral hygiene care in the first years of school life is justified by the fact that children are in the process of discovery and learning process. This monograph aims to conduct a narrative review of the literature on the importance of oral health promotion in schools, its historic deployment in Brazil, its main pedagogical trends and the value of the category "motivation" for the success of an education program health in the school environment. To do a search was undertaken in the Medline, Lilacs and BBO 1966 to 2012 using the following descriptors: Health Promotion, Oral Health, Schools. The articles reveal that healthy habits should be taught from an early age and the school is a place of excellence for this process is started. It is concluded that health education and adoption of habits such as oral hygiene and healthy eating should be part of school life from pre-school.

Keywords: Health Promotion, Oral Health, Schools.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 METODOLOGIA	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5 DISCUSSÃO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
7 REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Grande parte da população brasileira é acometida pela doença cárie, que é também considerada como um dos maiores problemas de saúde bucal no mundo. A doença é multifatorial e aspectos como o processo crescente da urbanização, a industrialização das sociedades como um todo, além das práticas alimentares não saudáveis e da transformação dos modos de vida e do trabalho, contribuem diretamente na prevalência desse agravo, tornando-o um problema de saúde bucal impactante dificultando seu controle. Assim para modificar, de forma eficaz, este cenário as práticas odontológicas preventivas fazem parte do rol de procedimentos (incluindo a restauração e reabilitação funcional da mastigação) para recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros apresentado resultados satisfatórios.

No Brasil, a prática odontológica ainda concentra suas ações no campo da assistência individual consistindo, tecnicamente, em procedimentos cirúrgico-restauradores e as poucas ações de promoção de saúde bucal coletivas são desenvolvidas, em sua maioria, pelo poder público.

Existem cenários diversos nos quais é possível educar para a saúde, mas é a escola, onde o estudante passa mais tempo além da sua casa, que permite que conceitos sejam apreendidos e hábitos saudáveis sejam incorporados ao cotidiano de cidadão em formação. Muitos trabalhos educativos e preventivos vêm sendo realizados dentro de instituições de ensino, sejam infantil e/ou fundamental, transmitindo informações sobre o cuidado com higiene bucal. Contudo, a doença cárie ainda se caracteriza como um problema complexo no que se refere à saúde bucal.

Apesar desta constatação, a prevenção tem se mostrado a melhor forma de controle da doença visando a promoção de saúde e a educação é uma das ferramentas indispensáveis nesse processo. A importância da introdução sobre os cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar é justificada pelo fato de as crianças estarem em fase de descobertas e em processo de aprendizagem.

Vale ressaltar que mesmo comprovada eficácia e o baixo custo dos métodos preventivos desenvolvidos através de ações coletivas, pouca ênfase tem sido dada fazendo com que sua continuidade seja pouco efetivada. Entretanto, sabe-se que para a efetiva assimilação de informações e, também, a incorporação de hábitos saudáveis de maneira ideal, deve-se realizar um programa contínuo, adequado à realidade desse público que necessita de cuidados. Deve-se levar em consideração a necessidade de esse programa atingir todas as pessoas envolvidas uma vez que se trabalha com a realidade cotidiana dos mesmos.

É notório o papel que a educação desempenha como agente de transformação social, e por isso a escola deve ser considerada local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde. Nesse sentido, programas educativo-preventivos dirigidos a escolares têm obtido resultados satisfatórios na redução de cárie uma vez que a escola ainda é uma instituição que pode transformar as práticas e hábitos saudáveis de higiene bucal (BRASIL, 2009).

Esta constatação pode ser refutada para o Brasil. Existe uma concepção de que oferecer tratamentos odontológicos (incluindo educação para a saúde) para as crianças leva a uma população de adultos e idosos com adequada saúde bucal. De fato, o edentulismo decresceu nos últimos 20 anos na Finlândia, Suécia, Inglaterra e Canadá. Estes resultados são creditados à educação em saúde bucal e ao tratamento odontológico. Esta situação não é verdadeira para o Brasil, entretanto, uma vez que a perda dos dentes devido à cárie dentária aumenta com o passar dos anos e que a população idosa padece imensamente com o edentulismo (MOREIRA *et al.*, 2011). Os resultados do SB Brasil 2010 demonstram melhoria nos indicadores de saúde bucal da população brasileira, principalmente na população adulta, com redução na demanda por próteses. Apesar disso, o problema ainda se concentra na população entre 65 a 74 anos, cujo CPOD aparentemente não se alterou com média de 27,1 em 2010 (em 2003 a média era de 27,8) com a maioria dos elementos correspondendo ao componente extraído. Pelo SB Brasil 2010, cerca de mais de 3 milhões de idosos que necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que necessitavam de prótese parcial. De 2003 para 2010 a proporção de idosos que necessitam de próteses totais caiu de 24% para 23% e de 16% para 15% para os que necessitam de próteses parciais (BRASIL, 2010).

Tamietti et al. (1998) ponderam que a educação em saúde (incluindo saúde bucal) seja incorporada aos currículos escolares. Dessa forma, para que os objetivos de programas preventivos e educativos sejam alcançados, faz-se necessário que os alunos estejam estimulados e o professor esteja capacitado para promover a compreensão de conceitos sobre saúde bucal e garantir que as informações e os hábitos saudáveis aprendidos sejam aplicados de maneira contínua (GITIRANA et al., 2003).

A presente monografia versa sobre a importância da promoção em saúde bucal nas Escolas, seu histórico de implantação no Brasil, suas correntes pedagógicas principais e o valor da categoria “motivação” para o sucesso de um programa de educação em saúde no ambiente escolar.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma busca nas bases Medline, Lilacs e BBO, de 1966 a 2012, empregando-se os seguintes descritores: Promoção de Saúde; Saúde Bucal; Escolas. Da totalidade dos artigos levantados, foram incluídos aqueles em língua portuguesa e os que descreviam experiências em escolas de ensino fundamental e médio, que tratavam da importância na motivação dos alunos e das experiências de escovação dentro do ambiente escolar.

3 OBJETIVOS

Investigar como a educação em saúde foi implantada no Brasil, quais são as teorias pedagógicas norteadoras da maioria dos programas de educação em saúde nas escolas e como a motivação interfere nestes programas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

As enfermidades bucais (principalmente as cáries e as periodontites) são, atualmente, consideradas como um problema de saúde pública e resultam em perda de elementos dentais quando não são tratadas de forma adequada e/ou precocemente. A literatura odontológica brasileira discute a pouca valorização da saúde bucal por parte da população e demonstra que é urgente a implantação programas de prevenção e educação em saúde. A educação em saúde é fundamental para a construção de comportamentos e hábitos saudáveis (BRASIL, 2006).

Há um consenso que os indicadores da cárie dentária obtiveram declínio significativo no Brasil. Entretanto, as condições de saúde bucal ainda se encontram em estado de precariedade em vários estados do país. Dos diversos fatores responsáveis por esse fenômeno, é possível citar as políticas preventivas como a fluoretação das águas de abastecimento público e a utilização tópica de flúor em programas escolares (NARVAI, 1994), além da fluoretação de dentifrícios iniciada em 1988 (NARVAI, 2000). Segundo os dados do SB Brasil 2010, para a idade de 12 anos, existe um percentual de 47,5% das crianças examinadas livres de cárie no interior da região sudeste. A média nacional do CPOD, nesta idade, foi de 2,07 em 2010 (BRASIL, 2010) e de 2,78 em 2003 (BRASIL, 2004).

Embora se perceba este declínio, a situação ainda permanece preocupante, apesar do aparato tecnológico e científico apresentado pela odontologia brasileira. Os investimentos que a área recebe em relação ao aporte financeiro total do Sistema Único de Saúde (SUS) são pequenos. Desta forma, a resposta desta área do conhecimento médico às demandas de saúde bucal da população em geral é insuficiente. A população brasileira apresenta ainda, principalmente no interior do país, uma saúde bucal precária. Neste cenário, a educação em saúde bucal se mostra de grande importância no controle da incidência das doenças bucais, tendo em vista o seu baixo custo e suas possibilidades de impacto no âmbito coletivo (PAULLETO *et al.*, 2004)

Para reverter uma realidade adversa da cárie dentária, ênfase foi dada para sua prevenção, controlando os seus fatores etiológicos e, secundariamente, realizando-se o tratamento cirúrgico-restaurador. Os pilares da promoção de saúde em odontologia em relação à cárie dentária se embasam nos conhecimentos atuais acerca da etiologia desta doença e as medidas preventivas comumente adotadas são: controle da placa, fluoroterapia e o aconselhamento dietético (VALENÇA *et al.*, 2001).

A Odontologia Preventiva é uma excelente forma de abordagem, uma vez que possibilita a prevenção de danos às estruturas dentais, causados pelo desequilíbrio bioquímico entre o biofilme e o hospedeiro, resultando na conservação da saúde bucal da população. Essas ações podem ser realizadas por meio da educação e motivação do paciente no cuidado com sua higiene oral e alimentação, procurando criar hábitos saudáveis (RIBEIRO *et al.*, 2009). Desde o final do século XIX já se propunha uma mudança de enfoque da “cura” para a prevenção entre a comunidade médica. Já se compreendia que as intervenções educacionais deveriam ser caracterizadas fortemente pela prevenção. Didaticamente, entretanto, a ação pedagógica se concentrava na repetição e era normativa e coercitiva. (GONDRA, 2000).

Uma vez que o paciente é motivado a cuidar da sua higiene bucal e da sua alimentação, espera-se que ele passe a ter consciência de sua condição tornando-se disposto às mudanças. Isso pode levá-lo a colocar em prática todas as orientações que lhe foram passadas. Desta forma, torna-se sujeito de sua própria condição de bem-estar (SABACHUJFI *et al.*, 1999). Ao assumir o auto-cuidado, a partir de conhecimentos embasados na ciência e na percepção popular sobre o fenômeno e não em normatizações e ordens, o paciente passa a encarar a doença como algo passível de ser prevenido. Este processo é chamado de “desnaturalização da doença” isto é, o indivíduo deixa de encarar o adoecer como algo inevitável (GAZZINELLI *et al.*, 2005). No caso da cárie dentária, a população adolescente de uma escola de Belo Horizonte, que recebia aulas expositivas trimestrais da equipe odontológica (além da escovação semanal com flúor tópico), entendia a doença de uma forma fatalista, como se não houvesse chance, por exemplo, de um idoso não perder seus dentes nem precisar de próteses totais (TAMIETTI *et al.*, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe uma relação entre educação e saúde: a boa saúde é resultado de um aprendizado proveitoso (BRASIL, 2006). A educação em saúde deve estar presente nas escolas por serem consideradas locais adequados para o desenvolvimento de programas de saúde reunindo crianças e jovens em faixa etária propícia ao aprendizado de medidas educativas e preventivas (VASCONCELOS *et al.*, 2001).

Com base nessas premissas é que Navarro *et al.* (1996) relataram que a idade escolar é o período mais apropriado para a aplicação de programas educacionais preventivos. Segundo os autores, as crianças são mais receptivas a novos conhecimentos estando dentro de um ambiente escolar. Portanto, a escola é uma das principais instituições onde a promoção de saúde gera melhores resultados. Com a educação estabelecida, espera-se que as crianças desenvolvam senso de responsabilidade em relação a sua saúde bucal, para manterem-se saudáveis durante toda a vida.

4.1 Histórico da Promoção de Saúde Bucal no Brasil

A partir de 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), técnicas novas são introduzidas, como, por exemplo, a educação de grupos com a adoção de recursos audiovisuais. A assistência odontológica, até os anos de 1950, era prestada nos centros urbanos por dentistas em prática privada e pagos por desembolso direto. (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

Ainda nessa década, o Sistema Incremental, fortemente caracterizado por financiamento americano e desenvolvido pela Fundação Especial de Saúde Pública (FSESP), tornou-se um programa para assistência de escolares na faixa etária de seis a 14 anos de idade (NICKEL *et al.*, 2008).

Na década de 1960 dirigentes de entidades e autoridades de saúde preconizavam a instalação de equipamentos específicos e a fixação de um cirurgião-dentista em cada escola para prestar assistência odontológica. Tentaram reproduzir o mesmo modelo de uma clínica privada não tendo respostas favoráveis às necessidades epidemiológicas de

saúde bucal da população escolar, uma vez que era de alto custo, com foco curativo e de baixa cobertura, sendo ineficaz do ponto de vista do impacto social (SERRA, 1998).

Até a década de 1970, a promoção de saúde bucal em escolas restringia-se às ações esporádicas, campanhas momentâneas, portanto, descontínuas. A assistência odontológica previdenciária viveu todas as transformações impostas pelo projeto de universalidade privatista desta década, a ampliação dos convênios do setor privado, a formação de odontologia de grupo, a industrialização de equipamentos odontológicos mais sofisticados e a mercantilização do setor (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

Até o fim da década de 1980, predominava a assistência odontológica aos escolares no Brasil, na maioria das vezes com Sistema Incremental. Nas demais modalidades populacionais, a assistência se dava de forma fragmentada nas diversas instituições (Sistema Previdenciário, Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas) (ZANETTI *et al.*, 1996).

Atualmente, os programas de prevenção em saúde bucal são conhecidos como processos sociais que combinam diferentes programas de caráter preventivo e educativo, com periodicidade compatível, para controlar/reduzir o nível das doenças bucais que afetam determinado grupo social (FRAZÃO; NARVAI, 1996). As políticas brasileiras públicas de saúde bucal objetivam a transformação da prática profissional (centrada no atendimento individual), incorporando o pessoal auxiliar à equipe odontológica, valorizando novas tecnologias e elaboração de estratégias de ações coletivas de saúde. Essas novas diretrizes buscam alterar o estado epidemiológico da população brasileira objetivando impactos positivos na cobertura populacional e, finalmente, contribuindo para a construção da cidadania. Para isso é necessário elaborar e estimular práticas comunitárias que viabilizem o surgimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade em torno das questões de saúde (PAULLETO *et al.*, 2004).

4.2 Promoção de Saúde e Educação, Conceitos e Definições

A definição de saúde vem sendo aperfeiçoada constantemente. Atualmente, a definição mais apropriada é o *“bem-estar biopsicossocial cultural e espiritual, evidenciando a*

importância dos fatores culturais e da religiosidade como influenciadores na qualidade de vida das pessoas” (BRASIL, 2008).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde levando em consideração os diversos fatores determinantes e condicionantes como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços considerados essenciais (BRASIL, 2008).

O termo “promoção de saúde” foi usado pela primeira vez pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) Mark Lalonde, do Canadá, num documento titulado como *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianes). Esse documento foi um passo muito importante, pois, enfatizava que a promoção de saúde deveria ser uma combinação entre melhorias ambientais com as mudanças de comportamento, além de reconhecer que, para melhorar a saúde, seria necessário interferir nos aspectos da política pública que afetam a saúde dos indivíduos (LALOND, 1974).

Promoção de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1981), é uma atividade no campo social e não um serviço médico, onde os profissionais de saúde passam a ter relevância em fomentar e facilitar essa promoção de saúde. Trata-se de uma ação global objetivando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a saúde bucal representa apenas uma parte do todo.

Vale esclarecer a diferença entre “promoção de saúde bucal” e “prevenção de doenças”, ou seja, a promoção de saúde bucal significa a construção de políticas públicas saudáveis, com fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e reorientação de serviços odontológicos (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000), já a prevenção de doenças são ações preventivas que se caracterizam por intervenções dirigidas à população para se evitar o surgimento de doenças e reduzir sua prevalência (CZERESNIA, 2003).

Milio (1983) afirma que a meta na educação em saúde é tornar as pessoas melhor equipadas para que possam fazer suas escolhas mais saudáveis, enquanto que a

promoção de saúde tenta fazer com que essas escolhas mais saudáveis sejam de mais fácil acesso.

A Declaração de Ottawa (1986) deixa claro que todo indivíduo, desde criança, tem o direito de acesso à promoção de saúde, à prevenção e tratamento de enfermidade e à reabilitação de saúde. Assim sendo, os médicos e outros provedores de cuidados de saúde têm grande responsabilidade para reconhecer e promover tais direitos adquiridos (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A saúde bucal faz parte da saúde geral de um indivíduo e a prática de medidas preventivas e hábitos saudáveis de higiene bucal são condições importantes e significativas para o aumento da qualidade de vida das pessoas. No que diz respeito às práticas educativo-preventivas e de motivação em saúde bucal, quando aplicadas em crianças, seus resultados são mais satisfatórios (RIBEIRO *et al.*, 2009).

4.3 Educação em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O antigo Programa Saúde da Família (PSF), hoje estruturado como Estratégia da Saúde da Família (ESF), implantado desde 1994, com o objetivo de remodelar a prática de atenção à saúde e de aproximar a família nesse contexto, consiste em priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua (BRASIL, 1998).

A implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF ocorreu no ano 2000 e foi pouco aderido pelos Cirurgiões-Dentistas (CORREA, 2011).

Essa nova estrutura se baseava em um modelo estruturado onde a promoção e a prevenção coletiva da saúde fazia parte da rotina do atendimento. O Sistema Único de Saúde (SUS) priorizou ações de educação em saúde com a proposta de mudar o perfil epidemiológico das doenças bucais. Essas articulações foram desenvolvidas com o objetivo de definir ações educativas para promoção da saúde das pessoas objetivando os cuidados com a saúde bucal (MARTINS, 1998).

A Educação em Saúde se torna, então, uma grande aliada para o auxílio dos profissionais de saúde bucal que trabalham na ESF, assumindo papel significativo na atenção primária: valorização e promoção de sua própria saúde (CORREA, 2011).

Barbosa *et al.* (2007) afirmaram que o planejamento das ações de saúde é fundamental para a reorganização das práticas, sendo realizadas com a participação de toda a equipe de saúde da família e, também, da comunidade. Afirmam, ainda, que esse planejamento vai ajudar a ordenar as ações a serem realizadas pela equipe de profissionais que compõem o segmento Saúde Bucal, juntamente ao PSF. Trata-se da necessidade que a equipe de saúde bucal compreenda a importância do desenvolvimento de outras ações fora do consultório odontológico agregando ações de promoção, prevenção e de educação em saúde.

4.4 Educação em Saúde Bucal nas Escolas

A importância da educação para a promoção da saúde tem sido reconhecida através dos tempos e citada por diversos autores como fator de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida (PELICIONI, 2007).

O termo “educar” pode ser utilizado em diversas situações e com múltiplos sentidos. A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças. Recentemente, os serviços de saúde vêm solicitando a participação de profissionais na área odontológica na execução de atividades educativas em saúde bucal. Geralmente, esses profissionais desenvolvem ações educativas em forma de palestra, onde são abordados temas como as características anátomo-funcionais da cavidade bucal, cronologia de erupção dos dentes, placa bacteriana, hábitos alimentares, produtos de higiene dental, além das recomendações de práticas preventivas como a visita regular ao dentista (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

Ações que visem a promoção de saúde, a prevenção e a detecção precoce de problemas devem ser priorizadas dentro da Escola (RAMOS *et al.*, 1990). Uma das estratégias para que haja modificações substanciais em relação à saúde bucal de escolares é participação ativa desse público nos programas odontológicos a ele destinados (PINTO, 1990). Além dos conhecimentos que necessariamente precisam ser adquiridos, deve-se desenvolver a

consciência sobre tais problemas de saúde bucal e a sensibilização do escolar, para que passe a ser uma mudança em seu cotidiano em relação à saúde bucal (PAULLETO *et al.*, 2004).

Valença *et al.* (2001), ao realizarem sua revisão da literatura, confirmam que a motivação é um fator imprescindível no processo de mudanças de comportamento e hábitos saudáveis em relação à saúde bucal. Os autores afirmam ainda que a participação de pais, responsáveis e professores possui um papel fundamental para a motivação de adoção de hábitos saudáveis de higiene bucal, principalmente pela influência que exercem sobre as crianças.

Um novo modelo de prática odontológica vem surgindo atualmente. Este modelo seria caracterizado por práticas em que a prevenção e o controle das doenças da boca apresentam um efeito mais efetivo, baseadas na promoção de saúde. A Escola sempre foi reconhecida como a grande influenciadora na saúde dos seus escolares, o que justifica a adesão das instituições de ensino aos programas de educação em saúde (BRASIL, 2009).

Relacionar a educação em saúde à infância não é uma prática nova no Brasil. A argumentação de que o discurso higiênico deve ser ministrado na infância data do final do século XIX e foi grandemente assumida pela medicina. As ações de evitar, atenuar, corrigir e conservar são atreladas fortemente ao discurso da higiene e dão à ela uma perspectiva de antecipação e de prevenção. Tais ações estavam voltadas especialmente para as crianças pobres as quais se acreditava que viviam em plena barbárie. No pensamento da época, a infância deveria ser modelada exemplarmente. Àquela época, o trabalho com vistas a diminuir a mortalidade infantil e a produzir indivíduos saudáveis e fortes através das práticas de educação para a saúde e práticas de higiene tinham como objetivos a construção da nacionalidade brasileira. Basicamente, todo o trabalho de difusão do discurso higiênico se construiu embasado na sua relação entre a infância e a educação escolar (GONDRA, 2000).

No início da década de 1980 a Escola passa a ser o cerne de um projeto promotor de saúde, conhecido como “Escolas Saudáveis”. Em 1992, a OMS iniciou a rede europeia das escolas promotoras de saúde e, em 1996, já contava com mais de cinco mil escolas

participando do projeto de escolas saudáveis, que tinha como meta o desenvolvimento de ambientes que conduzam à promoção de saúde no espaço da escola, envolvendo toda a comunidade escolar. (WHO, 1995).

Sendo a Escola uma importante instituição que contribui sobremaneira na formação de cidadãos e que promovem a melhoria na qualidade de vida da sociedade como um todo, a importância em promover saúde bucal nas escolas de séries iniciais está em promover a concretização do aprendizado, uma vez que estas crianças estão em fase de descoberta, isto é, em idade propícia para aderir às práticas de prevenção e hábitos de higiene bucal e corporal em suas atividades diárias (VASCONCELOS *et al.*, 2001).

4.4.1 A Motivação

Os métodos empregados para motivação de práticas de higiene bucal são diversos. Nyman *et al.* (1977) relataram que, dos recursos utilizados na educação e motivação, todos têm sua efetividade e que a comunicação verbal é um meio simples e direto para atingir o efeito esperado. À orientação direta também se associam a projeção de filmes (CAMPOLLO; GUEDES-PINTO, 1985; CANDELÁRIA *et al.*, 1989), diapositivos e folhetos, (SABA-CHUJFI *et al.*, 1989). Para Couto *et al.* (1992), entretanto, a literatura odontológica mostra que a orientação direta (considerada aquela fornecida pelo profissional no momento da consulta) é a maneira mais eficiente para modificar o comportamento do paciente e levá-lo a exercer um controle satisfatório dos cuidados com a saúde bucal. Para estes autores, ainda, o educador deve realizá-la constantemente em suas atividades a fim de que os pacientes possam alterar seus hábitos de forma definitiva.

Campello e Guedes-Pinto (1985) utilizaram a orientação direta como método de motivação em crianças de nove a 12 anos de idade e verificaram a importância desse método no processo de implantação de higiene bucal como rotina na vida das crianças.

A orientação direta, dando ênfase à comunicação dos envolvidos educador/paciente/responsável, é fundamental, uma vez que contribui na fixação dos ensinamentos recebidos (ROCHA *et al.*, 1999). Ainda em defesa da comunicação direta, Conrado *et al.* (1997) comentam que esta é a maneira mais eficiente para se conseguir a alteração

de hábitos de escovação e dieta do paciente, permitindo o contato efetivo entre o profissional e a criança. Estes autores ressaltam, ainda, o curto espaço de tempo nas sessões odontológicas entre o profissional de saúde e a criança. É nesse momento que entra o papel do professor como parceiro em todo esse processo, visto que estes permanecem mais tempo com as crianças e são tidos como modelo para com os seus alunos.

Em se tratando de temas a serem abordados por um programa de promoção de saúde tanto pela orientação direta, quanto através de outras metodologias de ensino mais participativas, Guedes-Pinto (1995) afirma que o aconselhamento dietético representa um dos mais importantes meios de prevenção. Este tema deve fazer parte de um programa preventivo em conjunto com outros aprendizados na prevenção de doenças bucais, uma vez que os escolares fazem o consumo diário de sucos adoçados e refrigerantes, favorecendo a desmineralização do esmalte e da dentina.

O êxito de um tratamento bucal está condicionado à capacidade do profissional motivar e educar seus pacientes em relação aos recursos de higienização, sendo que a motivação do paciente é muito mais importante que a técnica ensinada (LASCALA, MOUSSALLIM, 1980). A importância da motivação e educação em crianças na idade escolar em relação aos hábitos de higiene bucal foi descrita por vários autores como importante fator na prevenção de doenças bucais. Além disso, estes autores ressaltam que a motivação é mais importante do que a técnica empregada para escovação (CANDELÁRIA *et al.* 1989; LASCALA, MOUSSALLIM 1980; SARIAN *et al.* 1982).

Guedes Pinto *et al.* (1978) concluíram que pacientes bem motivados apresentam elevado interesse no aprendizado e execução de técnicas de higiene oral. O profissional de saúde deve fazer da motivação uma atitude constante nas suas atividades, a fim de que os pacientes estejam dispostos a incorporar os hábitos adequados de higiene bucal.

Christensen (1992) afirma que a motivação é sinônimo de educação. A motivação deve se caracterizar por uma mudança comportamental de hábitos e desenvolvimento de práticas que dão subsídio à preservação e manutenção da saúde.

Blinkhorn *et al.* (1981) também apoiam essa causa concluindo que o ato de motivar não é apenas informar, mas é a capacidade de fazer com que as informações sejam apreendidas, repetidas e refletidas.

Couto *et al.* (1992) afirmam que uma das grandes dificuldades encontradas na realização de programas de saúde bucal é a disposição dos pacientes em adquirir novos hábitos ou modificar hábitos antigos em relação aos cuidados com a higiene bucal. Comentam, também, que um programa motivacional influi muito pouco nesses hábitos difíceis de serem alterados. Para estes autores, a motivação deve ser feita de forma contínua e em longo prazo, a fim de que os pacientes incorporem os conceitos aprendidos definitivamente aos seus hábitos de higiene bucal.

Garcia *et al.* (1998) comentam que, quando se trabalha com um público infantil, os métodos de motivação devem ser eficientes e de uso fácil, e que também atraiam a atenção das crianças. Comentam, ainda, que são poucos os programas que trabalham de forma multidisciplinar, principalmente aqueles que envolvem a participação dos professores como agentes multiplicadores de conhecimento em saúde bucal.

Vários outros autores comentaram que para educar, faz-se necessário a utilização de terminologias acessíveis às crianças, facilitando sua compreensão, além dos métodos de motivação adequados (COUTO *et al.*, 1992; GARCIA *et al.*, 1998).

4.4.2- A escovação

É notório considerar a escola como local propício para o desenvolvimento de programas por exercer papel fundamental na orientação e na formação das crianças, uma vez que a prevenção odontológica em escolas é de fácil aplicação e de grande relevância na prevenção de doenças bucais (GUEDES-PINTO *et al.*, 1978).

Micheli *et al.* (1982) afirmam que se devem utilizar meios e métodos preventivos no que diz respeito à higienização dos dentes, orientando e motivando as crianças em relação aos meios mecânicos de eliminação da placa bacteriana, salientando aos pais a importância de manter a saúde bucal de seus filhos.

Weyne (1996) e Silva (1985) comentam sobre escovação e prática educativa relatando que o cirurgião dentista deve ser o profissional de saúde responsável pela manutenção dos dentes, devendo transmitir conhecimentos sobre prevenção, com a finalidade de educar e preservar a saúde da boca.

Palestras e escovação supervisionada fizeram parte do programa aplicado por Silva e Jorge (2000), em escolares de sete a 11 anos, onde obtiveram diferença impactante no índice de higiene dental após a aplicação do programa. Bijella (1999) e Bonow (2002) também realizaram pesquisas e afirmaram que os métodos preventivos têm se mostrado mais efetivos quando precocemente implantados.

Autores como Gosuen (1997) e Guedes Pinto *et al.* (1981) comentam sobre os ensinamentos em relação à higiene bucal afirmando ser a faixa etária de quatro a sete anos, uma época oportuna para desenvolver hábitos alimentares saudáveis e de higiene corretos.

Rocha *et al.* (1999) relatam que as informações sobre os hábitos de higiene bucal são transmitidas de pais para filhos de maneira inadequada. Segundo Todescan e Silva (1991), as campanhas de prevenção no que diz respeito à saúde bucal procuram demonstrar as necessidades de uma escovação adequada aliada a outros tipos de informações relacionadas com a dieta, o flúor e com o uso do fio dental.

Toassi e Petry (2002) acreditam que a extensão de programas de motivação em escolares alicerçará o sucesso dos trabalhos educativo-preventivos atualmente desenvolvidos. De acordo com Vasconcelos *et al.* (2001), os índices de higiene bucal das crianças em idade escolar são baixos, indicando uma deficiência nos cuidados preventivos, o que reforça a necessidade de se trabalharem esses conteúdos através de metodologias constantes e adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional em crianças na idade escolar.

5 DISCUSSÃO

Narvai *et al.* (2000), em seus estudos, concluíram que entre 1986 e 1996, o declínio na cárie dentária aos 12 anos foi na ordem de 68,2% entre escolares. Os resultados desses achados indicam a necessidade de se buscar a ampliação da população coberta pelas ações coletivas em saúde bucal, cujas características permitem evidenciar a efetividade das práticas educativas, preventivas e de promoção de saúde.

No Brasil, existem diversas formas de enfrentamento da questão de “educar para a saúde”. Algumas estão centradas ainda no atendimento individual e outras mais direcionadas às ações coletivas. Finalmente, existe um terceiro tipo que é centrado na assistência à criança. Essas ações ocorrem, em grande número, desarticuladas de um programa mais amplo dirigido à população alvo (PAULETO *et al.*, 2004). É como se a questão da higiene bucal, por exemplo, estivesse destacada do conteúdo de higiene do corpo. Cada profissional faz a sua palestra e considera o conteúdo como tendo sido dado.

As ações pontuais como palestras e orientações fornecidas de forma descontínua são consideradas como ineficientes, conforme a revisão de literatura realizada por Pauleto *et al.* (2004). Os relatos de práticas pontuais no Brasil descrevem práticas de prevenção embasadas na aplicação tópica de fluoretos e técnicas de desorganização da placa bacteriana. Entretanto, as atividades educativas são apoiadas na transmissão de informações com bases higienistas com franca concepção comportamentalista. Não há preocupação com problematização da saúde bucal para a população-alvo, nem com a busca de estratégias de continuidade de ações educativas para escolares.

A chamada pedagogia de transmissão é aquela onde o aluno é o receptáculo de informações, de idéias e de conhecimentos como uma folha em branco. O aluno não é o ator de sua aprendizagem. Os seus métodos concentram-se em exposição oral do professor. Esta pedagogia está, invariavelmente, presente em situações de educação informal e nem sempre está acompanhada do esforço para desenvolver as habilidades intelectuais (observação, análise, extrapolação e compreensão). De uma maneira geral, esta tendência não leva em consideração o contexto social e enfatiza a repetição para a

garantia de memorização dos conteúdos (KRUSCHEWSK *et al.*, 2008). Isto é perceptível, em termos de educação em saúde bucal, em escolas no Brasil. Poucas são as escolas que estimulam a escovação diária após a merenda. Poucas são as escolas que controlam o aporte e a consistência da sacarose na merenda escolar. Poucas são as escolas que não distribuem doces, balas, chicletes e pirulitos em datas comemorativas. Isso sem falar nas abomináveis “vendinhas” que comercializam toda a sorte de alimentos contendo sacarose em suas formas mais pegajosas, além dos refrigerantes, cujo pH é ácido e possuem muito açúcar em sua fórmula. Ora, como e quando é que se pretende por em prática, dentro do ambiente escolar, os ensinamentos difundidos por enfadonhas aulas expositivas? Por este motivo é que Tamietti *et al.*(1998) defendem que a educação para a saúde seja incorporada de forma efetiva no conteúdo do ensino fundamental. Em outras palavras, a escola precisa se tornar um ambiente promotor de saúde e sua totalidade.

Os programas voltados para práticas educativas com foco na informação e no uso de recursos mobilizadores, apesar de demonstrem resultados mais positivos do que as práticas educativas pontuais, ainda se alicerçam na metodologia tradicional de ensino, como a memorização e a divulgação de métodos preventivos mais tradicionais. Esta abordagem não torna o aprendizado significativo, nem torna o indivíduo mais autônomo em relação a tomar decisões mais saudáveis (PAULETO *et al.*, 2004).

Existe uma necessidade de se transpor o paradigma comportamentalista, que por sua vez está enraizado na concepção higienista e individual da prevenção de doenças, e se propor estratégias dialógicas e construtivistas. É fundamental substituir a atitude normativa e modeladora de comportamento pela atitude emancipatória. Desta forma, serão valorizados a interação entre pares, a reflexão e o aluno assumirá o seu papel de ator social (PAULETO *et al.*, 2004).

Os programas voltados à prevenção e práticas educativas de conscientização buscam o que Gazzinelli *et al.*(2005) classificam como o processo de “desnaturalização da doença”. Neste enfoque, o que os indivíduos pensam a respeito do problema em questão (suas representações sociais) são os pilares para a construção de programas de educação em saúde. Quando se leva em consideração o que as representações individuais e os saberes do senso comum são considerados, a soberania do saber científico como única

maneira de se explicar o “adoecer” é questionada. Desta forma, supera-se a característica instrumental da educação em saúde e novas práticas são redimensionadas.

Ao se levar em conta o que determinada população pensa em relação a um tema (por exemplo”, os dentes estragaram porque se usou muito antibiótico na infância”) percebe-se que tais concepções podem ser uma tentativa de justificar a presença da doença mesmo em situações de condutas e práticas que são abertamente insalubres (por exemplo, a ingestão de mamadeira ao longo da noite) (PAULETO *et al.*, 2004).

Nas experiências pedagógicas problematizadoras (críticas ou libertárias) a principal finalidade é superar as desigualdades sociais por buscar o desenvolvimento da consciência da realidade para que um indivíduo passe a atuar de forma transformadora socialmente (KRUSCHEWSK *et al.*, 2008). A promoção de saúde deve ser fundamentada em uma pedagogia de participação. Os princípios norteadores desta seriam: o desenvolvimento da capacidade da competência da criatividade da solidariedade e da habilidade para a resolução dos problemas (TAMIETTI *et al.*, 1998)

Apregoar simplesmente sobre a necessidade em “educar para a saúde“ não é suficiente. É preciso que tais ações educativas não estejam isoladas do contexto geral das ações de promoção de saúde. Dentre os empecilhos para esta empreitada, as dificuldades da comunicação são uma constante na avaliação dos diversos programas de educação em saúde bucal no Brasil. Os cirurgiões-dentistas, apesar de deterem o conhecimento científico sobre o tema, não têm formação adequada na área pedagógica. O ato de difundir os seus conhecimentos, seja na forma de palestras dirigidas a uma plateia ou no ato de conversar com seu paciente sobre a importância da higienização ou da adoção de hábitos dietéticos saudáveis, é feito de forma ineficaz (PAULETO *et al.*, 2004). Vários estudos demonstraram ser benéfica a relação entre dentistas e professores na divulgação coesa de saúde bucal em escolares dentro da faixa etária em que a higiene bucal estão em processo de formação (COUTO *et al.*, 1992; GARCIA *et al.*, 1998; GUEDES-PINTO *et al.*, 1971). Considerando esta premissa, apesar de alguns autores afirmarem que os professores estão bem informados, demonstrando conhecimento sobre o significado, a causa e os métodos de controle da doença cárie (SALOMÃO *et al.* (1999), outros autores demonstram que a falta de conhecimento dos professores sobre a

etiologia da cárie dentária é um problema para a implantação do assunto no conteúdo didático escolar (VASCONCELOS *et al.* 2001; ANTUNES *et al.* 2006). Além disso, muitas escolas não se encontram aptas para trabalharem de forma cooperativa com os profissionais da odontologia por desvalorizarem os conteúdos de educação em saúde (LEVI *et al.*, 2000).

Para Kruschewsk *et al.* (2008) outros entraves para a educação em saúde são o enfoque predominantemente curativo da área médica (incluindo a odontologia), a falta de integração entre os educadores e os membros da comunidade, a inexistência do enfoque multidisciplinar na resolução dos problemas e a resistência dos profissionais da educação e da saúde no campo da difusão científica e da educação em saúde.

Dentro da escola, a participação popular se dá principalmente com o envolvimento dos pais, responsáveis, professores no ato de educar (para a saúde, inclusive). Os diversos meios de comunicação são ferramentas importantes pra a difusão do conhecimento. Considerando-se que a participação popular é o cerne do conceito e da prática de promoção de saúde, é fundamental a provisão de informações para o pleno exercício da cidadania (rádio, internet, jornais, etc.). Todas as experiências que impactem as práticas de promoção de saúde são bem vindas, pois não se trata de coagir ou de apenas informar, mas de proporcionar subsídios que capacitem os atores sociais para a ação (KRUSCHEWSK *et al.*, 2008).

É no período escolar que a criança adquire a valorização de comportamentos favoráveis à saúde aprendidos no convívio familiar. Esta época é decisiva na construção de saberes e de condutas (GUEDES-PINTO *et al.*, 1971; ZUANON *et al.*, 1995; BRASIL, 1997). Dentre os conteúdos a serem difundidos em programas de educação para a saúde de escolares, a escovação dentária é o método mais indicado como hábito rotineiro de higiene bucal e com certeza, merecem destaque na construção de um programa deste porte (SANTOS, 1980; BOTELHO, 1981). O tema além de ser trabalhado em sala de aula deveria ter a sua prática estimulada dentro do ambiente escolar. O aluno não toma uma refeição na escola? O que o impediria de escovar seus dentes após esta refeição?

Walter *et al.* (1996) alertam para a necessidade da escola ampliar o seu leque de atuação, estendendo suas atividades para o seio a família. Estas ações têm o propósito

de conscientizar os responsáveis sobre o processo preventivo, a remoção e o controle dos fatores de risco para a manutenção de condições odontológicas ideais de seus filhos e a preservação dos dentes de leite na cavidade bucal. Barreira *et al.* (1997), por exemplo, revelaram a falta de conhecimento sobre a Odontologia preventiva onde, em seus estudos, muitos pais acreditam não haver necessidade de utilização de escova dental em crianças menores de um ano e meio de idade e que a época correta de levar essas crianças ao dentista seria no período de troca dos dentes.

A educação em saúde bucal está relacionada com o conhecimento e com a conscientização das pessoas sendo, portanto, focada em oportunidade de aprendizagem. A promoção de saúde bucal pode ser desenvolvida nos diversos espaços sociais, incluindo a Escola, podendo, assim, desenvolver uma série de ações para promover a saúde bucal (MESQUINI *et al.*, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas dentro da Estratégia de Saúde da Família que trabalham com promoção de saúde bucal têm aumentado a sua cobertura nos últimos anos. Para que propostas de estratégias de promoção de saúde nas escolas se consolidem, faz-se necessário um trabalho de orientação junto à população de professores, pais, e comunidade. O trabalho do dentista ainda está fortemente associado ao tratamento curativo executado na cadeira odontológica, tanto no imaginário social quanto no imaginário da própria corporação. O cirurgião-dentista tem o que aprender com o professor e este tem a aprender com o cirurgião-dentista. A realização da higiene bucal como uma prática cotidiana na escola, não é o único objetivo de um programa de promoção de saúde bucal, mas é a concretização do aprendizado em termos práticos. É ali que a criança passa a segunda maior parte do seu dia, e é ali que se dá a continuidade do seu desenvolvimento, sob a orientação de um professor.

A participação desses educadores no processo de formação de bons hábitos em saúde é favorável, sendo um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde bucal. Não há como negar que professores são melhores educadores do que cirurgiões-dentistas. Quando a criança percebe que hábitos saudáveis fazem parte da rotina do seu professor, prontamente ela busca imitá-lo. Tal assertiva também é verdadeira em relação aos pais. Assim, a realização da promoção de saúde bucal em escolas proporcionaria levar conhecimentos básicos à prática diária, não só dos alunos, como também no cotidiano familiar, atingindo a todos da importância preventiva da saúde bucal.

Muito além de aprender está o poder de multiplicar. Poder dar continuidade à promoção de saúde bucal é disseminar conhecimentos objetivando a conscientização para práticas saudáveis e para melhorar a qualidade de vida não só dos escolares, como também dos muitos atores envolvidos ao seu redor.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; *et al.* Medida de condições socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In: **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARREIRA, A. K. *et al.* Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Revista Faculdade Odontologia Universidade Federal Bahia**, Salvador, v.1, n.16-17, p.13-20, 1997.

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W.; COSTA, I. C. C. Saúde Bucal no PSF – Da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**. v.10, n.3, p.53-60, jul/set., 2007.

BIJELLA, M. F. T. B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 127-131, 1999.

BLINKHORN, A. S. *et al.* Evaluation of a practice based preventive programmer for adolescents. **CommunityDent Oral Epidemiol**, v.9, n.X, p.275-279, 1981.

BONOW, M. L. M.; CASALLI, J. de F. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 27, p. 390-394, 2002.

BOTELHO, E. M. Motivação em odontologia preventiva. **Odontol. Mod.**,v.8, n.1, p.15-22, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente, saúde**. Brasília, 1997. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**. Resultados Principais. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002- 2003**. Resultados Principais, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPELLO, F. I. M. F.; GUEDES-PINTO, A. C. Aplicações dos métodos de escovação de Fones e Stillman modificado na regressão da doença gengival por má higiene em crianças. **Rev. Ass. Paul. Cir. Dent.**, v. 39, n.3, p. 146- 161, maio/jun. 1985.

CANDELÁRIA, L. F. *et al.* Estudo sobre motivação e reforço de motivação em escovação dentária, em escolares de 7 a 10 anos. **Rev. Odont. UNESP**, São Paulo, v.18, p.217-223, 1989.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. 1986.

CHRISTENSEN, G. J. The Key to an active practice?It's continuing patient education. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.123, n.X, p.77-78, 1992.

COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. Motivação do paciente. **R.G.O.**; v.40, p.143-150, 1992.

CONRADO, C. A. *et al.* Efeito de um programa educacional direto relacionado com a saúde bucal de escolares no município de Maringá (PR). **OdontolClin**, v.7, n.x, p.21-30, 1997.

CORREA, Patrícia Maria Lopes Rocha. **A Prática Educativa da Saúde Bucal na Atenção Primária**. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERINA, D; FREITAS, C. M. (org). **Promoção da saúde**: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 5.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C., 1996. **Promoção da saúde bucal em escolas**. In: Disciplina de Odontologia Preventiva e Saúde Pública: Manual do Aluno (Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública - FSP -, Universidade de São Paulo - USP -, org.), pp. 1-28, São Paulo: FSP, USP

GARCIA, P. P. N. S.; CORONA, S. A. M.; VALSECKI JÚNIOR. A educação e motivação: segunda avaliação da efetividade de métodos educativos-preventivos

relativos à cárie dental e à doença periodontal. **RevOdontUnesp**,v.27, n.2, p.405-415, 1998.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, jan-fev, 2005.

GITIRANA, V. F. D.; LOPES, G.; LEMOS, S.; REGO, M.A.. Avaliação de programa de educação odontológico escolar, em crianças de 04 a 05 anos de idade. **Rev. Biociênc.**, Taubaté, v. 9, n.4, p. 47- 51, out – dez 2003.

GONDRA, José G. **Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial**. [Tese de doutorado], São Paulo: FEUSP, 2000.

GOSUEN, L. C. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. **Rev. Paul. De Odontol.**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 30-32, 1997.

GUEDES-PINTO, A. C.; CRUZ, R. A.; PARREIRA, M. L. J. Contribuição ao estudo da escovação dental na dentição decídua. **Rev Fac Odontol USP.**, v.9, n.1, p.311-318, 1971.

GUEDES-PINTO, A. C. Avaliação clínica das técnicas de escovação de Stillman e Fones, em crianças entre 7 e 11 anos de idade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**,v.32, p.5, p.394-398, 1978.

GUEDES PINTO, A. C. *et al.* Tratamento endodôntico de dentes decíduos com polpa mortificada. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, p. 240-5, mai./jun. 1981.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1995.

KRUSCHEWSK, J. E. *et al.* Experiências Pedagógicas de Educação Popular em saúde: A Pedagogia Tradicional Versus a Problematizadora. **Rev.Saúde.Com**, Jequié, v.4, n.2, p.160-176, 2008.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LASCALA, N. T.; MOUSSALLI, N. H. **Periodontia clínica: especialidades afins**. São Paulo: Artes Médicas, 1980. 335 p.

LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C.; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. S.; MONTIANI, H.; CARNEIRO, R. M. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

MARTINS, E. M. Educação em Saúde Bucal. In: Ministério da Saúde: **Guia Curricular para formação do atendimento de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MESQUINI, M. A.; MOLINARI, S. L.; PRADO, I. M. M. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no Ensino Fundamental e Médio. **ArqMudi.**, v.10, n.3, p.16-22, 2006.

MICHELI, D. D. et al. Gengivites em crianças: diagnóstico, etiologia e tratamento. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 6, n. 4, p. 2-10, nov./dez. 1982.

MILIO, N.; KATZ. M. Promoting health through public policy. **Journal of Health Politics Policy and Law**, v.8, n.1, p.176-177, 1983.

MOREIRA, A.N. *et al.* Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and the Elderly, **Gerodontology**, v.28, p.1-8, 2011. [acesso em 22/11/2011] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2011.00534.x/pdf>

NAVARRO, R. S.; ESTEVES, G. V.; YOUSSEF, M. N. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. **Rev Odontol USP**, v.6, p.9-13, 1996.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. Hucitec: São Paulo, 1994.

NARVAI, P.C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.381-392, 2000.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G. SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 241-246. ISSN 0102-311X.

NYMAN, S.; LINDHE, J.; ROSLING, B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. **J ClinPeriodontol**. v.4, p.240-249, 1977.

PAULLETO, A.R.C., PEREIRA, M.L.T., CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 121-130, 2004.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo: jul/set, v.31, n.3, p.320-328, 2007.

PINTO, V. G. **Saúde bucal. Panorama Internacional**. Vitor Gomes Pinto. Brasília: Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990, 258 p.

RAMOS, S. B.; BICUDO PEREIRA, I. M. T. A saúde do escolar no novo modelo de atenção à saúde: uma visão educativa. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, v.1, n.2, p.9-11, 1990.

RIBEIRO, D. G.; DOVIGO, L.N.; SILVA, S. R. C. Avaliação de um método educativo em saúde bucal aplicado em escolares de ensino público. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.3, Jul-Set, 2009.

ROCHA, C. G. M.; LOPES-SILVA, A. M. S.; CANDELÁRIA, L. F. A. . Avaliação do conhecimento de hábitos sobre higiene bucal em três gerações, na cidade de Taubaté. **Rev. Biociênc.**, Taubaté, v. 5, n. 1, p.45-52, jan./jul. 1999.

ROSA, M. S. O. Saber e Participação Popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em Saúde. **Rev Município Saúde.** v.1, n.1, p.10-15, 1994.

SABA-CHUJFI, E. et al. Motivação – higiene bucal: avaliação de diferentes métodos de motivação à higiene bucal aplicados em crianças de 7 a 12 anos de idade. **Rev. Ass. Paul. Cir. Dent.**, v. 43, n. 1, p. 13-15, jan./fev. 1989.

SABA-CHUJFI, E.; SILVA, E. C. Q.; SARIAN, R. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. **RGO**, v.40, p.87-90, 1992.

SABA-CHUJFI, E.; QUEIROZ-SILVA, E. C.; SABA, M. E. C.; SANTOS-PEREIRA, S. A.; MALTAGLIATTI, L. A.; SABA, A. K. A importância do controle químico da placa bacteriana na higiene bucal, através da atividade antisséptica do composto clorado do fenol triclosan (2,4,4"-triclora-2"-hidroxidifeniléter), associado a um copolímero e ao flúor. **Rev. Paul. Odontol.** v.6, n.1, p.16-25, 1999.

SALOMÃO, G. *et al.* Identificação da cárie dental como doença por professores do Ensino Fundamental. In: **Primeira Jornada da Faculdade de Odontologia da Unigranrio, Duque de Caxias – Rio de Janeiro, 1999. Anais.** Rio de Janeiro: UNIGRANRIO, 1999.

SANTOS, C. P. Responsabilidades e sensibilidade social do cirurgião dentista. **Odontol. Mod.**,v.7, n.1, p.23-31, 1980.

SARIAN, R. *et al.* Um novo conceito de prevenção em periodontia: a importância do diagnóstico precoce das doenças periodontais na infância. **Rev. Paul. Odont.**, v.4, n.1, p. 40-50, jan./fev. 1982.

SERRA, C. G. **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.

SHEIHAM, A.; MOYSES, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde, In: YP Buischi (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** Ed. Artes Médicas, São Paulo, 2000. pp. 23-36.

SILVA, H. C. Avaliação de paciente sobre ensino de práticas presentes em odontologia. **Odontol. mod.** v.12, n.5, p.46-53; 1985.

SILVA, C. P. M.; JORGE, A. O. C. Efeito de um programa educativo- preventivo na higiene bucal de escolares. **Rev. Biociênc.**, v. 6, n.2, p. 67-72, 2000.

TAMIETTI, M.B. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arq. Odontol.** Belo Horizonte, v.34, n.1, p. 33-45, jan/jun. 1998.

TODESCAN, J. L.; SIMA, F. T. Campanhas de Prevenção Orientação para a Higiene Bucal: Prevenção: Usos e Costumes da Higiene Bucal I, **Revista da APCD**, v.45.n.4, p.537-539,jul/ago, 1991.

TOASSI, C. F. R.; PETRY, C. P. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.5, São Paulo, Out, 2002.

VALENÇA, A. M. G.; SANTOS, M. E. O.; AMARAL, M. A. T.; GRAÇA, T. C. A.; BASTOS, V. A. S. Promoção de saúde bucal em pacientes da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense. [periódico on-line], 2001.

VASCONCELOS, R.; MATTA, M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. Pós-Grad**RevFacOdontol**, São José dos Campos, v.4, n.3, p. 43-47, set./dez., 2001.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; HOKAMA, M.; PELANDA, V. L. G.; FRANCO, M. P. S.; IE GA, R. Cárie em criança de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. **Enciclopédia Brasileira de Odontologia**.v.5, p.129-136, 1996.

WEYNE, S. Curso para atualização e educação continuada em odontologia preventiva (cariologia). **Rev. Bras. Odontol.** v.43, n.6, p.123-129, 1996.

WHO.World Health Organization.**Summary report working group on concepts and principles of healt promotion.** Copenhagen. November, 1981.

WHO.World Health Organization Europe.**The Overall Progress of the ENHPS Project.**January – December, 1994. Geneva, 1995.

ZANETTI, C.H.G. *et al.* Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo. **Divulgação em Saúde para Debate**, CEBES, Londrina, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

ZUANON, A. C. C. *et al.* Análise do aprendizado de escolares após uma sessão de motivação. **Rev. Odontopediatr.**, v. 4, n. 4, p. 191-198, 1995