

UFRRJ
INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGRÍCOLA

DISSERTAÇÃO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE

SÍLVIO DE OLIVEIRA ALVES

2020



UFRRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE**

SÍLVIO DE OLIVEIRA ALVES

Sob a orientação da Professora
Dr^a. Sandra Maria Gomes Thomé
e coorientação do Professor
Dr. Vilacio Caldara Junior

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação**, no Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola, Área de Concentração em Educação Agrícola.

**Seropédica, RJ
Maio de 2020**

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A474 e Alves, Sílvio de Oliveira, 1978-
Educação em saúde bucal na perspectiva da promoção
da saúde / Sílvio de Oliveira Alves. - Seropédica,
2020.
93 f.: il.

Orientadora: Sandra Maria Gomes Thomé.
Coorientador: Vilacio Caldara Junior.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Educação Agrícola, 2020.

1. Autonomia. 2. Aprendizagem significativa. 3.
Atividade educacional em saúde bucal. I. Thomé,
Sandra Maria Gomes, 1955-, orient. II. Junior,
Vilacio Caldara, 1982-, coorient. III Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós
Graduação em Educação Agrícola. IV. Título.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE AGRONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA**

SÍLVIO DE OLIVEIRA ALVES

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação**, no Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola, Área de Concentração em Educação Agrícola.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 27/05/2020

Sandra Maria Gomes Thomé. Dra. UFRRJ

Rosa Cristina Monteiro. Dra. UFRRJ

Renata Vitória Campos Costa. Dra. SEAPPA

*À minha mãe,
por todo amor.*

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão:

A Deus, pela presença em todos os meus momentos, sobretudo, naqueles mais difíceis. Sua companhia foi imprescindível para continuar firme em meu propósito, enquanto mestrando.

À Prof.^a Dra. Sandra Maria Gomes Thomé, minha orientadora; pela oportunidade de crescimento como pesquisador, pela relação de confiança demonstrada e pelos valiosos conhecimentos transmitidos ao longo desta caminhada.

Ao Prof. Dr. Vilacio Caldara Junior, meu coorientador; pela disponibilidade dispensada em um momento tão crucial, pelas sugestões oportunas e pela participação na atividade prática da pesquisa – como professor da disciplina de Biologia.

A todo o corpo docente do Programa de Mestrado, pelas valorosas reflexões provocadas, as quais contribuíram sobremaneira para meu amadurecimento crítico; especialmente, à Prof.^a Dra. Rosa Cristina Monteiro e ao Prof. Dr. Bruno Cardoso de Menezes Bahia, na ocasião do exame de qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola (PPGEA), da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) que, ao enxergar o conhecimento como direito de todos, oportunizou condições favoráveis para que pudesse cursar o almejado curso de mestrado. Neste sentido, faço um agradecimento especial à Prof.^a Dra. Sandra Barros Sanchez (*in memoriam*) e ao Prof. Dr. Gabriel de Araújo Santos – grandes idealizadores deste projeto.

Ao Instituto Federal do Espírito Santo (IFES), por acreditar na qualificação de seus servidores – sobretudo dos Técnicos Administrativos em Educação – e assim, viabilizar, junto à UFRRJ, este mestrado interinstitucional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e fomento à pesquisa no país.

Aos colegas de mestrado, pela partilha de conhecimentos; em especial, ao Laércio, pela contribuição na organização da atividade educacional com os alunos, entre tantas outras cooperações importantes.

Aos meus preceptores de estágios: Afonso Locatelli e José Carlos Lambert que, com muita sabedoria e cordialidade, contribuíram para o meu aprendizado. Ao José Carlos, também, pelo suporte na ação laboratorial junto aos estudantes.

Aos reitores e reitoras dos Institutos Federais que concederam as anuências para a coleta de dados.

Aos odontólogos e alunos voluntários, pela contribuição direta à pesquisa, ao disponibilizarem informações fundamentais.

À Suzana Gotardo, por sua significativa contribuição nos meus primeiros passos, ainda na fase do projeto de pesquisa.

Ao Gustavo Haddad, pela confiança durante o processo seletivo do mestrado.

À Ieda Pandolfi e Elvis Ferreira, sempre solícitos às minhas demandas.

À Janaína, que – paralelamente ao mestrado – vem proporcionando “desembaraços” de questões tão importantes para mim.

Aos meus pais, Geraldo e Maria da Penha, pelas inúmeras abdições e por plantarem preciosidades que nunca serão esquecidas.

Às minhas irmãs, Silvana e Suely; e sobrinhos, Aurélio, Mariana, Larissa e Igor – simplesmente por constituírem parte essencial da minha felicidade.

À Barbara que, com a imensidão do seu amor, irradia minha vida de luz.

Enfim, sou grato a tudo e a todos que contribuíram para a concretização desse sonho e que, de alguma forma, me impulsionam em seguir SEMPRE EM FRENTE!

RESUMO

ALVES, Sílvio de Oliveira. “**Educação em saúde bucal na perspectiva da promoção da saúde**”. 2020. 80 p. Dissertação (Mestrado em Educação Agrícola). Instituto de Agronomia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2020.

As práticas educativas orientadas pelo paradigma da Promoção da Saúde têm como propósito a construção de conhecimentos tendo em vista a autonomia das pessoas, para que elas possam desenvolver hábitos saudáveis como condutas de autocuidado. Nesta perspectiva, as práticas educativas da promoção da saúde bucal visam à capacitação dos indivíduos para atuarem, como protagonistas, frente aos fatores multicausais que envolvem o processo saúde-doença oral. Neste sentido, contrapondo-se ao modelo tradicional de educação em saúde, no qual predomina a transmissão de conhecimentos travestida, frequentemente, em instruções normativas focadas na prevenção de doenças, culminando em sujeitos passivos no processo de aprendizagem. No intuito de contribuir com as práticas educativas em saúde bucal comprometidas com a construção de conhecimentos – sobretudo, da comunidade escolar dos institutos federais – esta pesquisa teve como objetivo geral identificar a orientação das práticas de educação em saúde bucal em amostra desta rede institucional, especialmente em relação às principais demandas no setor odontológico e, com base nestes resultados, elaborar e aplicar uma atividade educacional-piloto em saúde bucal identificada com os princípios centrais da Promoção da Saúde. Metodologicamente, a pesquisa foi estruturada em duas etapas: a primeira, correspondeu ao levantamento das ações de amostra dos odontólogos da rede dos institutos federais, com foco nas práticas de educação em saúde bucal, as quais foram, posteriormente, qualificadas e categorizadas segundo o conteúdo teórico empregado. O universo amostral desta etapa foi composto por 42 odontólogos de 12 *campi* dos institutos federais, distribuídos nas cinco regiões do país. Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um questionário, composto por perguntas objetivas e discursivas, cujos resultados foram submetidos à análise quantitativa e qualitativa. A segunda etapa da pesquisa consistiu no desenvolvimento de uma atividade experimental em saúde bucal, onde se buscou verificar o grau de sensibilização provocado em seus participantes, tendo em vista o processo participativo de aprendizado de medidas benéficas e sustentáveis para a saúde bucal. Esta atividade – que teve como pano de fundo a aprendizagem significativa – contou com abordagens teóricas intersetoriais e prática laboratorial de um tema de interesse comum. Para tanto, a matriz avaliativa desta etapa contou com 21 alunos do ensino médio do Ifes *campus* Santa Teresa; entre os quais 13, foram submetidos a aferições clínico-odontológicas – por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) – antes e após a atividade educacional e responderam a um questionário semiestruturado ao final, a título de sua avaliação em termos de eficiência e aceitabilidade, respectivamente. Os resultados foram analisados a partir de abordagem quantitativa e qualitativa. Em relação aos resultados da pesquisa, verificou-se que as práticas de educação em saúde bucal desenvolvidas pela amostra dos odontólogos pesquisados estão, majoritariamente, identificadas com o modelo hegemônico de educação. Quanto à atividade educacional-piloto, esta se mostrou eficaz sob o ponto de vista de sua proposta, ao passo que, através dos números obtidos, constatou-se expressiva sensibilização dos participantes, resultando em condutas identificadas com o conceito da Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Autonomia, Aprendizagem significativa, Atividade educacional.

ABSTRACT

ALVES, Sílvio de Oliveira. “**Oral health education from the perspective of health promotion**”. 2020. 80 p. Dissertation (Master in Agricultural Education). Institute of Agronomy, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2020.

Educative practices guided by the paradigm of Health Promotion have as a purpose the construction of knowledge given people’s autonomy so that they can develop healthy habits as self-care conducts. In this perspective, educative practices of oral health promotion aim at empowering individuals to act, as protagonists, in front of the multi-causal factors that involve the oral health-disease process. In this sense, in contrast model of the traditional model of health education, in which predominates the knowledge transmission, frequently masked as normative instructions focused on disease prevention, culminating in passive subjects in the process of learning. To contribute with educative practices in oral health compromised with knowledge building – especially from the school community of federal institutes – this research had as general objective identifying the orientation of educational practices in oral health in a sample of this institutional network, especially regarding the main demands in the dental sector and, based on these results, to elaborate and apply a pilot educational activity in oral health identified with the central principles of Health Promotion. Methodologically, the research was structured in two stages: the first one corresponded to the lifting of the actions of a sample of the dentists from the federal institutes' network, focusing on the educative practices in oral health, which were, posteriorly, qualified and categorized according to the appointed theoretical content. The sample universe of this stage was compound by 42 dentists from 12 *campuses* of the federal institutes, distributed in the five regions of the country. As a research instrument, a questionnaire was used, composed of objective and discursive questions, whose results were submitted to quantitative and qualitative analysis. The second stage of the research consisted of the development of experimental activity in oral health, in which it sought to verify the degree of awareness provoked in its participants, given the participatory learning process of beneficial and sustainable measures for oral health. This activity – which has as background the significant learning – counted on theoretical intersectoral approaches and laboratory practice of a theme of common interest. Thereunto, the evaluative matrix of this stage counted on 21 students of the Ifes *campus* Santa Teresa high school; among which 13 were submitted to clinical-dental measurements – through the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) – before and after the educational activity and responded to a semi-structured questionnaire at the end, by way of their evaluation in terms of efficiency and acceptability, respectively. The results were analyzed from a quantitative and qualitative approach. Concerning the research results, it was verified that the educational practices in oral health developed by the sample of the researched dentists are, mostly, identified with the hegemonic model of education. Regarding the pilot educational activity, this proved to be effective under the point of view of its proposal, whereas through the obtained numbers, it was found expressive awareness of the participants, resulting in conducts identified with the concept of Health Promotion.

Keywords: Autonomy, Significant learning, Educational activity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Quantitativo dos odontólogos – segundo lotações nos IFs	15
Tabela 02	Relação dos <i>campi</i> e amostra dos odontólogos que integram a pesquisa	17
Tabela 03	Odontólogos pesquisados, segundo tempo nos IFs, demandas principais, práxis profissional e condição quanto à capacitação em Promoção da Saúde	25
Tabela 04	Caracterização das práticas de Educação em Saúde Bucal (ESB)	27
Tabela 05	Levantamento dos dados de reincidências dos principais agravos bucais nos IFs pesquisados, de acordo com os registros clínicos dos odontólogos	33
Tabela 06	Resultados iniciais e finais do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) dos estudantes que participaram da etapa prática da atividade educacional-piloto	50
Tabela 07	Retorno dos participantes sobre a atividade educacional-piloto	52

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01	Instituto Federal do Espírito Santo <i>campus</i> Santa Teresa	13
Figura 02	Localização do município de Santa Teresa/ES	13
Figura 03	Distribuição dos odontólogos participantes da pesquisa (por estados)	24
Figura 04	Categorização das práticas de educação em saúde bucal desenvolvidas pelos odontólogos pesquisados	32
Figura 05	Atividade educacional realizada no laboratório de Microbiologia (2019)	41
Figura 06	Aplicação oral de solução evidenciadora de placa bacteriana – seta (2019)	42
Figura 07	Placa dentária evidenciada – setas (2019)	43
Figura 08	Coleta de amostra de placa bacteriana (2019)	43
Figura 09	Semeadura de material coletado em meio de cultura (2019)	44
Figura 10	Colônias de bactérias após sete dias da coleta de material de placa dentária (2019)	44
Figura 11	Visualização de diferentes colônias de bactérias por microscópio óptico (2019)	45
Figura 12	Atividade educacional ministrada pelo odontólogo (2019)	46
Figura 13	Atividade educacional ministrada pelo docente de Biologia (2019)	48
Figura 14	Condutas dos 21 participantes que responderam ao questionário após a atividade educacional-piloto	54
Quadro 01	Cronograma das atividades e registros da atividade educacional-piloto	22
Quadro 02	Categorias de análise sobre as peculiaridades e potencialidades encontradas das práticas de educação em saúde bucal nos IFs	34

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

CAS	Coordenadoria de Atenção à Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Referente a dentes examinados)
CPO-S	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Referente a superfícies dentárias examinadas)
CPI	Índice Periodontal Comunitário
DGP	Departamento de Gestão de Pessoas
EPO	Exame Periódico Odontológico
EPT	Educação Profissional e Tecnológica
ESB	Educação em Saúde Bucal
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBV	Índice de Biofilme Visível
IF	Instituto Federal
IFES	Instituto Federal do Espírito Santo
IHO-S	Índice de Higiene Oral Simplificado
ISG	Índice de Sangramento Gengival
NDA	Nenhuma das anteriores
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROEJA	Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos
PS	Promoção em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde bucal
SB Brasil	Saúde Bucal Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal)
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1 Um Breve Histórico Sobre a Evolução das Concepções de Saúde	3
2.2 O Modelo Hegemônico de Educação e Sua Relação com a Saúde Bucal.....	4
2.3 A Educação em Saúde Bucal na Concepção da Promoção da Saúde.....	6
2.4 Os Princípios da Promoção da Saúde	10
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	13
3.1 Local da Pesquisa	13
3.2 Natureza da Pesquisa	14
3.3 Estrutura Quanto aos Procedimentos da Pesquisa.....	14
3.4 Primeira Fase da Pesquisa	14
3.4.1 Universo amostral.....	14
3.4.2 Seleção da amostra	15
3.4.3 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.....	17
3.4.4 Instrumento de coleta de dados	17
3.4.5 Análise dos dados	18
3.5 Segunda Fase da Pesquisa	20
3.5.1 Desenvolvimento de uma atividade educacional-piloto em saúde bucal	20
3.5.2 Amostra	20
3.5.3 Procedimento e coleta de dados.....	20
3.5.4 Análise dos dados	22
3.5.5 Síntese da atividade educacional-piloto	22
3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1 A Investigação Junto aos Odontólogos – Análise Quantitativa	24
4.1.1 Caracterização da amostra e levantamento da atuação dos odontólogos nos IF	24
4.1.2 A qualificação das práticas de educação em saúde bucal nos IFs pesquisados.....	26
4.1.3 A categorização das práticas de educação em saúde bucal nos IFs pesquisados	31
4.1.4 Educação para prevenir doenças <i>versus</i> para promover a saúde	32
4.2 A Investigação Junto aos Profissionais – Análise Qualitativa	34
4.3 O Desenvolvimento da Atividade Educacional-Piloto em Saúde Bucal.....	40
4.3.1 O tema escolhido	40
4.3.2 Descrição da atividade educacional.....	41
4.3.3 Resultados clínicos	49
4.3.4 Avaliação dos estudantes sobre a atividade educacional desenvolvida	51

5 CONCLUSÕES	55
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
7 APÊNDICES	67
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Odontólogos	68
Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 1/3)	69
Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 2/3)	70
Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 3/3)	71
Apêndice C – Carta de Anuência para Realização de Pesquisa – Institutos Federais	72
Apêndice D – Parâmetros Empregados para Caracterização das Práticas de Educação em Saúde Bucal	73
Apêndice E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) – Estudantes	74
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsáveis Legais	75
Apêndice G – Questionário II – Estudantes	76
Apêndice H – Imagens Relativas ao 2º Encontro da Atividade Educacional (Parte 1/2)	77
Apêndice H – Imagens Relativas ao 2º Encontro da Atividade Educacional (Parte 2/2)	78
8 ANEXO	79
Anexo A – Autorização da Pesquisa no Ifes <i>campus</i> Santa Teresa	80

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem apresentado melhora em relação às condições da saúde bucal da população nas últimas décadas (WHO, 2011) e, ao mesmo tempo, vem galgando avanços importantes no campo da odontologia, sobretudo, em termos tecnológicos (CARVALHO et al., 2010). Entretanto, a situação epidemiológica da saúde bucal no país ainda é considerada insatisfatória, segundo os dados da última pesquisa com abrangência nacional sobre o panorama da saúde bucal da população – SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012).

Entre os principais fatores apontados para este cenário, destacam-se: o desconhecimento dos cuidados fundamentais com a saúde bucal (AGNELLI, 2015) e a vulnerabilidade socioeconômica (MARMOT; BELL, 2011).

O primeiro motivo é justificado pela falta de acesso a informações referentes à saúde bucal capazes de evitar o surgimento e a evolução dos principais agravos odontológicos por parte significativa da população (MIOTTO, LOUREIRO, 2003). Já o segundo, relaciona-se com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde preventivos e curativos, uma vez que a rede pública de saúde não conta com distribuição geográfica de forma equitativa e oferta de serviços em número satisfatório para atender a toda população; por outro lado, a desigualdade socioeconômica atribui às classes menos favorecidas a privação da assistência odontológica em estabelecimentos da rede privada (NARVAI, FRASÃO, RONCALLI, 2006; PERES et al. 2007).

Neste contexto, a educação em saúde bucal tem sido crescentemente requisitada em virtude do baixo custo e pelo seu considerável potencial de impacto, sobretudo, no âmbito social (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

No entanto, a educação em saúde bucal voltada ao modelo de prevenção de doenças – notoriamente hegemônica nas escolas e postos de saúde no país, a qual se baseia na unicausalidade do processo saúde-doença – parece não ser o melhor caminho; pois, muitas vezes, chega de modo abstrato e descontextualizado com a realidade da população. Haja vista que, segundo as considerações de Czeresnia (2003), suas intervenções são estruturadas a partir da divulgação de informações científicas e de recomendações normativas voltadas a mudanças de hábitos, as quais devem ser fielmente reproduzidas a fim de evitar o surgimento de agravos e doenças específicas como a cárie dentária e a doença periodontal. Ou seja, a transmissão verticalizada de conhecimento – subsidiada, correntemente, por orientações baseadas em boas práticas de saúde bucal – corrobora com entraves significativos para resultados mais exitosos.

Por outro lado, o paradigma da Promoção da Saúde encara o processo saúde-doença a partir de uma perspectiva mais ampla, o qual inclui abordagem aos fatores determinantes da saúde (como a educação, alimentação, meio ambiente, acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde, entre outros) e, sobretudo, busca a capacitação do sujeito em prol de sua autonomia em relação aos cuidados necessários com a saúde. E justamente nesta concepção holística de saúde encontra-se a proposição desta pesquisa, visto que a educação voltada para a Promoção da Saúde é utilizada como veículo transformador de práticas, comportamentos individuais e no desenvolvimento da autonomia das pessoas (LOPES et al., 2010).

Posto isto, para que os sujeitos possam desenvolver condutas emancipatórias em prol da saúde bucal, acredita-se que é preciso investir em práticas educativas que prezem pela construção do conhecimento e não no repasse do saber estabelecido. Neste sentido, dispor de práticas que favoreçam a aprendizagem significativa e identificada com a realidade dos indivíduos, a partir dos ambientes nos quais estes estão inseridos, parece ser uma alternativa interessante, principalmente em ambientes educacionais como os institutos

federais de educação; isto porque a escola é um espaço favorável para a realização de programas de saúde voltados à formação de conceitos, tendo em conta que os estudantes são sujeitos-partícipes no processo de aprendizagem. Além do mais, a escola é considerada como um lugar estratégico, porque os estudantes podem atuar como multiplicadores de ações benéficas para a saúde nos respectivos círculos de convivência (KORNBLIT et al., 2007).

Portanto, na perspectiva de contribuir para a mudança desse paradigma da educação em saúde bucal, esta pesquisa tem como objetivo geral:

- Identificar a orientação das práticas de educação em saúde bucal nos IFs – sobretudo em relação às principais demandas no setor odontológico – e, com base nos resultados da pesquisa, elaborar e aplicar uma atividade educacional em saúde bucal voltada ao conceito da Promoção da Saúde.

Para tanto, os objetivos específicos são:

- Realizar um levantamento da atuação dos odontólogos nas amostras dos institutos federais, identificando as práticas de educação em saúde bucal desenvolvidas;
- Qualificar as práticas educativas levantadas nos institutos federais pesquisados;
- Investigar se as ações educativas categorizadas a partir do conceito da Promoção da Saúde são mais eficientes quando comparadas às práticas orientadas, pelo conceito Prevenção de Doenças;
- Desenvolver uma atividade educacional em saúde bucal, baseada nos resultados da pesquisa, a fim de verificar a sua efetividade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Um Breve Histórico Sobre a Evolução das Concepções de Saúde

De acordo com Vasconcelos (2001), a relação entre a educação, saúde e suas práticas é condicionada por dimensões estruturais complexas que precisam de uma análise histórica para sua maior compreensão. Diante disso, conforme sustentam Mohr e Schall (1992), é importante ressaltar que, no plano histórico, a sucessão de modelos de educação aplicados à área da saúde pública não significa, necessariamente, uma sequência evolutiva, mas uma descrição da prática dominante em certos períodos em relação aos problemas de saúde priorizados para intervenção, visando, sobretudo, à hegemonia das classes dominantes. Neste sentido, Silva et al. (2010) destacam que as atividades relatadas e desenvolvidas eram e ainda são orientadas pelas concepções de saúde e de educação em saúde vigentes em cada período histórico e pelos diferentes modelos de atenção implantados na busca da manutenção da saúde. Portanto, acredita-se que para analisar as práticas de educação em saúde considerando o aprimoramento da conceituação da saúde – a partir da percepção dos momentos históricos – pode contribuir para uma maior compreensão das ações e métodos educativos voltados a perspectivas cada vez mais contextualizadas, tendo em vista uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Segundo Machado (2006), a saúde era encarada inicialmente como ausência de doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 50 do século passado e esta concepção restrita de saúde amparou, por décadas, o modelo biomédico hegemônico. Os processos de trabalho e de educação em saúde se estruturaram a partir da biomedicina, caracterizando-se pela hierarquização na relação entre profissional da saúde e paciente e assim reproduzindo a divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. Com foco na doença e na cura, as ações eram centradas no profissional, pois os métodos empregados não encorajavam a reflexão e a autonomia dos sujeitos. Dessa forma, as condutas assistencialistas emergiram, representadas pela atenção aos aspectos biológicos, individuais e na abordagem mecanicista. Em consonância a este modelo, as práticas educativas foram estabelecidas na transmissão do conhecimento e numa relação vertical entre os sujeitos (profissionais soberanos e detentores do saber acima e pacientes receptores de informações abaixo), representadas pelas práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária entre eles. Dessa forma, a assimilação do conhecimento foi estabelecida pela passividade do aprendiz e não pelo reconhecimento deste como sujeito dentro do processo ensino-aprendizagem; determinando assim a passividade do aprendiz quanto à forma de atuar e tornando-o como mero receptor de informações em um modelo descontextualizado de sua realidade.

Embora o Relatório Lalonde (1974) produzido no Canadá tenha reconfigurado o conceito de saúde e proposto novos determinantes para a saúde, coube à Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a mudança paradigmática dessa nova formulação em Alma Ata, na República do Cazaquistão. A saúde, reafirmada como direito fundamental, é admitida então como um estado de “[...] completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade” (OMS, 1978). Assim, estabeleceu-se um novo conceito paradigmático, baseado no estado mais positivo da saúde, embora nesta também não negue a existência da doença.

A evolução do conceito de saúde passa, a partir de então, por sucessivos e dinâmicos incrementos ao longo das Conferências Internacionais sobre Promoção da

Saúde. E cada uma destas conferências atualiza o conceito de Promoção da Saúde e o que lhe está associado de educação para a saúde.

Em 1986, realizada em Ottawa, no Canadá, sob o título “Promoção da Saúde nos países industrializados” (OMS, 1986) surge, pela primeira vez, a noção de Promoção da Saúde enquanto processo que capacita os indivíduos para agir e controlar os seus determinantes de saúde. De certa forma, altera-se o processo do protagonismo na relação entre os indivíduos e comunidade *versus* profissionais de saúde. A partir dessa nova definição – de certa forma – o Estado incumbe às pessoas e à comunidade o dever de identificar suas próprias necessidades, assim como incentiva a definição das prioridades e implementação de estratégias conducentes à saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

No Brasil, as ideias sobre Promoção da Saúde foram introduzidas em meados dos anos 80, alimentadas pelo debate em torno da Reforma Sanitária. A discussão dessas ideias recebeu destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi consolidada na promulgação da Constituição Federal em 1988. Os conceitos e objetivos referentes à saúde para a sociedade brasileira eram semelhantes àqueles propostos durante a Conferência realizada em Ottawa (CARVALHO, 2008).

Nos dias atuais, portanto, a Promoção da Saúde 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, p. 64).

2.2 O Modelo Hegemônico de Educação e Sua Relação com a Saúde Bucal

De acordo com Freire (2011), o modelo educacional tradicional confere uma importância soberana à capacidade de transmissão de conhecimentos pelo educador. Este modelo é caracterizado pela assimilação de valores e modos de agir pelos “educados” que desenvolvem competências e hábitos institucionalmente consolidados. Dessa forma não há aquisição de conhecimento, mas memorização do conteúdo narrado pelo educador. Segundo este notório educador, neste padrão espera-se que os educandos absorvam o conhecimento “depositado” por meio da transmissão do conhecimento e experiência do educador de forma imutável e reproduzam fielmente o “aprendizado” sem contestação, caracterizando a educação bancária. Como resultado, oportuniza-se o ser passivo, mero receptor de informações e incapaz de solucionar de forma original os seus problemas e os da realidade em que vive. Este modelo de educação parte do pressuposto que o aluno nada sabe e o professor é o detentor do saber. Assim, o protagonismo nesse molde cabe aos “educadores”, considerados autores e os atores deste processo, enquanto os educandos são seus objetos dentro do método de ensino. A relação, portanto, é estabelecida de forma assimétrica e vertical entre educador e educando, já que um detém o conhecimento, com *status* de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente abastecido de informação. A comunicação nestes termos é caracterizada pelo caráter meramente informativo, na qual o educador explicita ao educando: hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde – de forma desprovida de qualquer tipo de crítica e construtividade (ALVES, 2005). A educação vista por essa ótica tem como meta, intencional ou não, a formação de indivíduos acomodados, não questionadores e submetidos à estrutura do poder vigente (FREIRE, 1999). Desta forma, atribui-se uma importância suprema ao “conteúdo da matéria”, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente. A este modelo de educação, caracterizado pela transmissão do conhecimento e da experiência a partir do educador é denominado por Freire como “*educação bancária*”. Como consequência a este modelo educativo tem-se

como “produto” o aprendiz passivo, tomador de notas, exímio memorizador e preferindo manejar conceitos abstratos a resolver, de forma original e criativa, problemas da realidade em que vive. Por fim, o modelo estabelecido sob esta concepção, caracteriza o modelo tradicional de educação (FREIRE, 2011) e está intimamente relacionado com os métodos empregados na educação em saúde bucal quer seja no SUS, quer seja em ambientes voltados à educação.

Segundo Gazzinelli et al. (2005), o modelo tradicional e hegemônico de educação em saúde é fortemente influenciado pelo positivismo e, por conta disso, centraliza o poder nos profissionais de saúde. Dessa forma, os profissionais são os detentores de todo o saber necessário para se ter uma vida saudável; não se busca, portanto, a autonomia, pelo contrário, se enfraquece a população na medida em que se prescreve educação de uma forma verticalizada. Estes autores são enfáticos quanto aos resultados esperados advindos deste modelo de educação: a adoção de hábitos através da persuasão direta ou indireta promovida pelos educadores/profissionais para os indivíduos, os quais devem adotar, por conseguinte, comportamentos saudáveis como práticas higiênicas e exames preventivos propostos pelo preceptor.

No campo da educação em saúde bucal, Silva, Carcereri e Amante (2017) destacam que a prática da educação tradicional possui caráter hegemônico e consideram oportuna a mudança desta prática metodológica como modelo educativo. Segundo estes autores, é preciso aprender a trabalhar mais com a educação popular com foco metodológico na problematização das questões, sobretudo, considerando os saberes da comunidade. E é justamente por lidar, de forma harmoniosa com a valorização do conhecimento do outro, que Vasconcelos (2010) acredita que esta forma de educar seja indicada como instrumento fundamental para a realização de práticas em saúde que valorizem a perspectiva da humanização e do saber como partes essenciais de um processo de construção coletiva.

Para Santos (2006) o modelo tradicional de educação ignora a realidade racional presente entre o educador e o educando. Enquanto o último, em geral, tem dificuldades de traduzir e interpretar a realidade do primeiro, o segundo transmite o conteúdo a partir de sua própria experiência, muitas vezes, descontextualizada da verdade do aprendiz. Assim, este autor considera que por melhor que possa ser desenvolvida a prática educativa nesse sentido, ela é vazia em si, a partir do momento que desconsidera a realidade, as condições e o saber do outro.

Watt (2007) também destaca que as abordagens pautadas na transmissão de conhecimentos têm sido alvo de severas críticas porque transferem para os indivíduos a responsabilidade por sua saúde, produzindo nenhum ou pouco efeito. Nessa perspectiva, Menegaz, Silva, Cascaes (2018) defendem que as abordagens educativas precisam ser apropriadas não somente aos aspectos individuais, mas também adequadas às relações sociais e interpessoais dos sujeitos.

Analogamente à educação tradicional como um todo, a educação em saúde bucal hegemônica oferece ações preventivas almejando a melhoria na condição bucal da população assistida, com atividades focadas nas orientações de higiene bucal, na alteração de padrões alimentares inadequados e no encorajamento de retorno frequente ao dentista. Porém, estas iniciativas são fundamentadas em abordagens educativas pautadas na transmissão simples de conhecimentos, sem enfrentar a complexidade dos determinantes sociais dos comportamentos e do processo saúde-doença (LEMKUHL et al., 2015). Dessa forma, observa-se o estilo de pensamento curativista, com foco nas patologias, apresentando uma relação profissional-paciente impositiva. Assim, de acordo com estes autores, as intervenções educativas não devem considerar apenas os indivíduos, mas verificar fatores que interfiram no comportamento em saúde e nas relações interpessoais, assim como nos fatores organizacionais e ambientais, pois entendem que a consciência

efetiva de uma mudança no comportamento em saúde é muito complexa e abrange diversas ações e ajustes ao longo do tempo. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2008) também entende que a educação em saúde bucal deva avançar na direção da promoção da saúde criando ambientes que conduzam a saúde, construindo políticas saudáveis, fortalecendo ações comunitárias, desenvolvendo habilidades pessoais e reorientando os serviços de saúde.

2.3 A Educação em Saúde Bucal na Concepção da Promoção da Saúde

Segundo Lemkuhl (2015), é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária pela discussão e reflexão, problematizando temas da saúde bucal e considerando a complexidade dos determinantes sociais dos comportamentos e do processo saúde-doença. Desta forma, de acordo com Manguba (2010), ao trabalhar com base nesse enfoque, o profissional interage com os participantes do grupo, estimulando sua consciência crítica e o exercício da sua autonomia frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo.

Neste sentido, a partir da obra de Paulo Freire, é possível compreender que o ato de educar transcende as práticas de depositar, narrar, transferir ou transmitir conhecimentos e valores aos educandos. Nesta perspectiva, visa um ato cognoscente, que oportuniza uma educação problematizadora, que sugere a superação da contradição educador-educandos (FREIRE, 2011). Na visão deste autor, a ação de ensinar-aprender leva-nos à crítica e à recusa ao ensino bancário, no sentido que esse ensino “deforma a necessária criatividade do educando e do educador” (FREIRE, 1996, p. 25). Por isso Freire (2018) critica a educação bancária enquanto enaltece a educação libertadora, pois, esta necessita criar, entre educadores e educandos, novas relações sociais, humanas e solidárias e não somente deve se restringir em “transmitir” conteúdos. A educação neste caso transcende a instrução, ela requer e visa à transformação propriamente dita. Na visão freireana, o educador está, portanto, envolvido no processo de formação para a autonomia dos sujeitos. E, quando o educador está, de fato, envolvido, ele reconhece a ausência das práticas educativas conservadoras.

Nessa perspectiva, Freire (1999) apresenta a educação popular como proposta da educação libertadora/emancipatória/humanizadora, pautada no respeito mútuo, na solidariedade e no diálogo crítico e problematizador, cuja prática de ensino oferece o pensar antidogmático, adverso ao superficialismo e crítico; contrapondo-se à educação bancária, entendida como instrumento de dominação. Esta proposta pedagógica proposta reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade que estão inseridos.

Dentro desta concepção, Freire (2011) destaca que a educação popular em saúde visa, através da obtenção do conhecimento, uma forma de superar as relações verticais conflitantes e modelos mecanicistas de apreciação da realidade social e implantação de novas propostas que recomendem a necessidade de mudança. Neste ponto de vista, Silva et al. (2010) endossam os métodos que compõem a essência da educação popular em saúde baseada, fundamentalmente, na relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, assim como a participação coletiva entre os autores deste processo; possibilitando abordagens mais eficientes em defesa da saúde e da vida da população, pois fomentam o poder crítico do pensar e da produção do saber a respeito da própria saúde dos indivíduos.

Para Matos, Gondinho e Ferreira (2015), a educação popular referendada imprime à promoção de saúde o sentido de movimento coletivo que se desenvolve nos espaços da vida cotidiana, englobando medidas que levam tanto ao estabelecimento de condições e

requisitos para a saúde quanto medidas que favorecem o desenvolvimento de habilidades individuais para que possam fazer opções voltadas para a saúde. Neste sentido, Ferreira et al. (2014) acrescentam que a educação popular valoriza a diversidade, a heterogeneidade e a intercomunicação dos grupos sociais, bem como as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico, partindo dos saberes anteriores dos atores envolvidos.

Também por este ângulo, a educação popular em saúde para Ferreira et al. (2010) busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Tratando-se de um mecanismo de construção da participação do povo no redirecionamento da vida social como também uma possibilidade de reorientação dos serviços de saúde.

Pedrosa, Bonetti e Siqueira (2011) defendem ainda que a educação popular em saúde se expresse nas práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos que se tornam atores políticos no campo da saúde. Ainda, de acordo com estes autores, “sua característica de práxis, no sentido de um fazer pensado”, coloca a educação popular em saúde como estratégia indispensável aos projetos de transformação da sociedade.

Portanto, diante do exposto e de forma contrária à educação tradicional, a educação popular em saúde se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e ao modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área de saúde, lutando pela transformação das relações de subordinação e de interlocução, em favor da autonomia, da participação das pessoas e da interlocução entre saberes e práticas (STOTZ, 2004).

A educação problematizadora, de acordo com Bordenave e Pereira (2007, p. 10) vai além, parte do princípio que “uma pessoa somente conhece bem algo quando o transforma, sendo transformada também no processo”. Sob este ponto de vista, a aprendizagem pelo educando é um processo que acontece no sujeito promovido pela estimulação do educador e não transmitido por este. Para estes autores, ensinar não é o mesmo que aprender, desse modo, consideram que se o educando não aprender, todo o esforço para ensiná-lo estará perdido. Assim, considerando que ninguém pode aprender pelo outro e a aprendizagem deve ser vista como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema, o papel imprescindível e fundamental do educador seria de mediar condições em que se dê a superação do conhecimento com os educandos.

Para Santos (2006), a educação em saúde deve ter, claramente à vista, a autonomia do sujeito, ou seja, deve ser capaz de desenvolver no indivíduo e no coletivo a capacidade de analisar, de forma crítica, a sua realidade, assim como induzir a busca pelas ações conjuntas para a solução dos problemas pertinentes e das modificações necessárias das situações.

Perrenoud (2000) considera também que para uma atividade possa ser geradora de aprendizagem, é necessário que o contexto educativo desafie o indivíduo de modo que ele tenha a necessidade de acolher esse estímulo e que isto esteja dentro de seus meios. Segundo este autor, toda aprendizagem seria totalmente inútil se não houvesse um mínimo de transferência, visto que corresponderia a uma situação passada e não reproduzível em sua singularidade. Transferência esta que é definida como a capacidade de um sujeito reinvestir suas aquisições cognitivas. Dessa forma, considera que a pretensão de toda a educação deveria preparar os indivíduos para reinvestirem suas aquisições em contextos variados e em situações de vida cotidiana.

Giroux (1999) considera que a função da educação crítica está voltada ao processo de construção e formação em conjunto entre indivíduo e sociedade. Por essa razão é que se

admite que o investimento entre as potencialidades humanas e sociais implica educar as pessoas para serem capazes de pensar, questionar e intervir criativamente na realidade social a qual pertencem. E é nesse sentido que o diálogo pedagógico exige uma abordagem educacional que possibilite o exercício da aprendizagem transformadora conforme descrevem Lopes e Tocantins (2012). Para essas autoras, é por meio do processo construtivo e não transmitido ou imposto que os indivíduos e comunidade tornam-se capazes de construir novas habilidades e atitudes para se apropriarem criticamente dos benefícios da saúde e sua promoção. Nos ideais da educação crítica, portanto, é que há de fato, a formação de sujeitos críticos por meio da construção de saberes e habilidades para lidarem com a multiplicidade e a diversidade de fatores existentes no caso da saúde.

À vista do contexto exposto, torna-se oportuno diferenciar o conhecimento “regulatório” para o “emancipatório”, pois, de acordo com Santos (2001), enquanto o primeiro concebe o indivíduo como objeto e não como sujeito, o conhecimento é norteado pela ordem sobre as coisas e os outros. Já no segundo, conhecer é reconhecer e implica necessariamente a elevação do outro da condição de objeto para sujeito, onde fortalece o processo educativo pela via da “solidariedade”.

Para Lopes e Tocantins (2012), a proposta educativa na perspectiva da Promoção da Saúde deve considerar três proposições fundamentais: a primeira, é que o campo educativo situa-se numa área susceptível a interações e influências de outras áreas; a segunda, que a educação compreende um conjunto de processos que contribuem para o desenvolvimento, a humanização e a inserção de pessoas; e, por último, que a educação é um processo que envolve reflexão crítica e, portanto, reconhece que os sujeitos estão inseridos em contextos socioculturais e históricos, havendo diferenças individuais e coletivas entre todos os envolvidos.

Freire (2005) defende que a partir do momento em que o indivíduo se descobre sujeito, deixando para trás a ignorância sobre a sua situação de oprimido, torna-se ator de práticas realmente libertadoras, comprometendo-se com a sua transformação. E em consonância a este posicionamento de Freire, Morin (2002), acrescenta que a educação deve contribuir para autoformação do indivíduo, de maneira a ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver e ensinar como se tornar cidadão. Para tanto, Figueiredo, Neto e Leite (2010) consideram que o modelo dialógico de educação em saúde deva ser utilizado para trabalhar com grupos com menor número de participantes, em que se faz necessária a mudança duradoura de comportamento e atitudes de promoção de saúde, em que se busca a autonomia do indivíduo. Este modelo dialógico de educação em saúde, segundo estes autores, propõe a construção do conhecimento que deve ser pautado no diálogo em que o educador e educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade.

Para Barros (2007), é preciso suprimir práticas educativas prescritivas, onde o profissional define comportamentos e atitudes que devem ser assumidos acriticamente e se apropriarem de práticas educativas dialógicas e participativas, voltadas para o reforço da autoestima, a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento da autonomia e o apoio à organização comunitária para identificação, prevenção e solução dos problemas relacionados produção da saúde-doença bucal. Para esta autora, a dimensão educativa deve ser pensada em seu sentido emancipatório, de constituição de sujeitos capazes de atuar individual e coletivamente e deve estar presente em todos os momentos da atenção em saúde bucal, sendo operacionalizada como processo e valorizada como parte integrante do tratamento odontológico em prol de uma vida melhor. Para tanto, ela defende que a base da ação educativa deva ser o conhecimento progressivo do público atendido, proporcionado pela escuta atenta e interessada, de forma a permitir um vínculo respeitoso e de confiança mútua, possibilitando a coparticipação no processo de resolução dos problemas

identificados. Barros (2007) ressalta ainda a imprescindível participação consciente e informada das pessoas para que se possa atuar ativa e concretamente em todos os processos envolvidos em detrimento da aceitação automática das decisões preestabelecidas típicas da perspectiva intervencionista.

Para Ferreira et al. (2014) a educação promotora em saúde se distingue das demais essencialmente por voltar-se à emancipação do sujeito, permitindo que ela transforme a realidade que se apresenta e estimule experiências para o desenvolvimento de melhores condições de vida. Neste sentido, de acordo com estes autores, as práticas educativas em saúde facilitam a troca de conhecimento e experiências entre membros da comunidade e profissionais e, com isso, propiciam liberdade a momentos de debates reflexivos que possibilitam às pessoas um aprendizado significativo e construtivo a favor da autonomia.

De acordo com Alves (2005), no modelo dialógico de educação, o indivíduo enquanto aprendiz e paciente é considerado sujeito portador de um saber, que, embora distinto de saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços, corroborando, dessa maneira, para um modelo participativo e integrador. Assim, todos profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Para este autor, este modelo tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, já que é responsável pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Assmann (1998) também reconhece que em todo processo educativo, inclusive em saúde, devem estar presentes o reconhecimento do outro como sujeito e a valorização das experiências vividas a favor da aprendizagem significativa, fundamental para o processo de autonomia. Neste sentido o autor justifica que o conhecimento só tem significado quando gera experiências de aprendizagem criativas e críticas em conexão com a expectativa e a vida dos sujeitos aprendentes. Nesta sequência, Alves e Aerts (2011) destacam que a educação em saúde deve ser abordada visando à problematização habitual, considerando a vivência dos participantes enquanto indivíduos, em grupos sociais e na contextualização das diferentes realidades. Portanto, como prática social, a educação em saúde deve ser vista como uma estratégia que leva à reflexão e consciência crítica das pessoas sobre as origens de seus problemas de saúde, destacando o processo educativo abalizado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas (ALVES; AERTS, 2011).

A crítica à prática educativa tradicional em saúde, a qual inclui também a bucal – caracterizada pela transferência de conhecimentos e informações técnico-científicas por educadores – advém muito em função da desconsideração da prática dialógica, da falta da discussão, do não incentivo à reflexão e da ausência da problematização dos temas fundamentais relacionados à saúde bucal. Estas práticas, por sua vez, constituem estratégias fundamentais para o processo da aprendizagem significativa, pois, de acordo com Ausubel (2003) a nova informação ancora-se aos conceitos preexistentes por meio das experiências vividas e estabelecidas na estrutura cognitiva do aprendiz.

O processo da construção do conhecimento humano está apoiado, segundo este notório educador, em aspectos que demandam significância para o indivíduo, ou seja, estão associados a um saber já existente integrando ao conteúdo novo adquirido. A aprendizagem significativa, portanto, é configurada a partir da relação existente entre as novas ideias (conceitos e conteúdos) e as prévias – já formadas no construto do aprendiz – de forma não arbitrária e substantiva (não literal). Isto é, um saber já existente e sua relação com o que venha a conhecer desde que lhe faça sentido (AUSUBEL, 2003). Dessa forma, aos educadores, inclusive aqueles envolvidos com as áreas relacionadas à saúde, torna-se imprescindível a percepção, o conhecimento e a consideração pela bagagem distinta de

conteúdos e ideias dos educandos, que, nas contribuições da pedagogia freireana só é alcançada por meio de métodos horizontais de educação.

Em contraposição, o cerne diferencial do ensino que estimula a produção criativa do ensino realizado por narrativa ou transmissão diz respeito ao princípio que o aprendiz é isento de ideias pré-concebidas. Vale destacar que Ausubel (2003) não descarta totalmente a aprendizagem mecânica, mesmo porque, em algumas situações e sobre determinados conteúdos, o educando parte do ineditismo a respeito de alguns temas; porém, ele defende que este modelo pode evoluir de um aprendizado de memorização, sem relação com alguma ideia pré-existente para um aprendizado que tenha significado para ele. Neste caso, inicia-se o processo de aprendizagem com memorização e, posteriormente, a partir da aquisição destes conceitos, o educando adquire condições prévias para ampliar a estrutura cognitiva por meio de novos elementos. Dentre algumas consideráveis vantagens contidas por este método educativo proposto por Ausubel e que vem ao encontro dos princípios das diretrizes da Promoção da Saúde preconizadas pela OMS, pode-se citar, primeiramente, que as informações assimiladas pelo método da aprendizagem significativa podem ser aplicadas perante uma maior variedade de problemas, uma vez que o conhecimento via produção criativa, via associações, favorece o estabelecimento de um saber construtivo e solidificado, resultando em soluções para múltiplas questões de saúde pela concepção holística. Segundo: em função deste processo pedagógico admitir o educando como parte ativa do processo de aprendizagem proporcionado pela integração/associação dos conteúdos novos e preexistentes, favorece o estabelecimento e consolidação dos temas abordados considerados relevantes e essenciais para cada aprendiz num processo que vem ao encontro do desenvolvimento do conhecimento duradouro e sustentável.

2.4 Os Princípios da Promoção da Saúde

Antes de tudo, é oportuno destacar e considerar que existem concepções diferentes de Promoção da Saúde que resistem e coexistem nos tempos atuais e que, segundo Silva et al. (2013) podem ser caracterizadas em três momentos históricos distintos. A primeira, no início do século XIX até meados do século XX que compreende a concepção higienista. A segunda inclui a metade consequente do século XX com enfoque na visão comportamentalista, prevalecendo o foco sobre os estilos e hábitos de vida, assim como a responsabilização individual. E a terceira, a partir de meados da década de 80 do século XX abrangendo a concepção socioambientalista a partir das Conferências Internacionais, na qual a Promoção da Saúde é tipificada como objeto de política pública, pressupondo a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil (CARVALHO, COHEN e AKERMAN, 2017).

A partir desse resgate, estes autores apresentam três formas de conceituar a Promoção da Saúde, cunhadas em momentos históricos e considerando contextos nacionais diferentes. O primeiro conceito foi construído na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá sem a participação de representantes brasileiros que instituiu a Carta de Ottawa sob a seguinte definição: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (BRASIL, 2013). O segundo, a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), fruto do processo de revisão que contou com participação da sociedade, controle social, gestores e especialistas:

[...] 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).

E o terceiro, proveniente do “glossário temático” da Promoção da Saúde, resultado do trabalho do Ministério da Saúde, que teve aceitação por sua qualidade e clareza ao conceituar termos relacionados com a Promoção da Saúde, extrapolando o objetivo inicial de padronizar a linguagem institucional compreendida como: “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2012). Diante das acepções apresentadas é possível inferir um sentido em comum entre elas: a saúde sendo produzida, ou seja, dinâmica e relacionada com um conjunto de estratégias que necessariamente deve ser articulada com outras visando melhorias nas condições de vida e respondendo às necessidades individuais e coletivas de saúde.

Neste sentido, Sícoli e Nascimento (2003), entendem que a Promoção da Saúde corresponde uma concepção abrangente e pluralista, ou seja, engloba a capacidade de atuar sobre os determinantes da saúde. Dessa forma, ações nela contidas, incidem sobre as condições de vida da população e extrapolam a prestação de serviços clínico-assistenciais, imputando assim ações intersetoriais que envolvem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

A partir da completude que envolve os determinantes da saúde, a OMS qualifica como iniciativas de Promoção de Saúde os programas (os quais incluem as práticas educativas), as políticas e as atividades de acordo com sete princípios caracterizadores (WHO, 1998):

- **Concepção holística:** pressupõe a compreensão ampliada de saúde e determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual (WHO, 1998). Na visão de Westphal (2008), significa o reconhecimento da multicausalidade do processo saúde-doença, o que orienta as ações para além do campo específico da assistência médico-curativa, de modo a não tratá-lo de forma fragmentada.
- **Intersetorialidade:** é definida como uma coordenação entre setores ou instituições destinada a abordar questões relacionadas à saúde, uma vez que esta é assumida pela OMS (1984) como um fenômeno multicausal. Em outras palavras, Paim (1994) descreve que a intersetorialidade em saúde é compreendida como parte de um conjunto de estratégias que consistem em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor de saúde e os demais setores voltados para modificação do modelo assistencial.
- **Empoderamento:** é entendido pela OMS (1998) como um processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores que afetam a saúde das pessoas. Sendo assim, a disseminação da informação e a educação são base para a tomada de decisão e componentes importantes para a promoção da saúde.
- **Participação social:** compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados, isto é, profissionais da saúde e de outros setores e usuários no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998).
- **Equidade:** Consiste em eliminar as diferenças injustas e evitáveis que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar (BRASIL, 2001). Segundo a OMS, para alcançá-la, é preciso reorientar os serviços sanitários visando ampliar o acesso e criar ambientes de suporte com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde e revertam as desigualdades sociais instaladas (WHO, 1984).
- **Ações multiestratégicas:** pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento comunitário e de políticas, mudanças organizacionais, questões

legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação para o enfrentamento dos determinantes subjacentes à saúde. (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

- Sustentabilidade: de acordo com Ziglio et al. (2000), este princípio remete tanto à criação de iniciativas que estejam de acordo com o conceito do desenvolvimento sustentável quanto na garantia de um processo duradouro e forte.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Federal do Espírito Santo (Ifes) *campus* Santa Teresa (Figura 01).



Figura 01 – Instituto Federal do Espírito Santo *campus* Santa Teresa
Fonte: Arquivos do Ifes *campus* Santa Teresa (2017)

O Ifes *campus* Santa Teresa constitui-se em um dos *campi* do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. Fica localizado na região centro-serrana do estado, distrito de São João de Petrópolis a 21 km da sede do município de Santa Teresa/ES, com as seguintes coordenadas: 19°48'14"S, 40°40'39"W (Figura 02).



Figura 02 – Localização do município de Santa Teresa/ES
Fonte: Geobases (2017)

O Ifes *campus* Santa Teresa é uma autarquia vinculada ao Ministério da Educação/SETEC. Entre suas principais finalidades, destacam-se: oferecer educação técnico/tecnológica para os diversos setores da economia; realizar pesquisas tecnológicas em articulação com os setores produtivos e desenvolver estratégias de educação continuada, com respeito ao meio ambiente.

3.2 Natureza da Pesquisa

De acordo com os conceitos propostos por Gil (2010), esta pesquisa pode ser classificada segundo dois critérios básicos: exploratória e de levantamento.

Exploratória, porque foi realizada em área com pouco conhecimento acumulado e sistematizado, visto que o levantamento das ações que envolvem a educação em saúde bucal nos institutos federais – denominadas objeto de estudo – consistiu na investigação realizada, a partir de um grupo específico e determinado de profissionais. Nessa fase do processo, a investigação avançou na identificação das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa de forma abrangente, onde, posteriormente promoveu-se o enfoque direcionado ao fenômeno de interesse da pesquisa.

Quanto ao procedimento, o referido autor qualifica esta pesquisa como de levantamento, dado que foi pautada por consulta direta a um grupo significativo e cujas práticas ou procedimentos acerca do problema investigado se pretendeu conhecer (GIL, 2007).

3.3 Estrutura Quanto aos Procedimentos da Pesquisa

Em relação aos procedimentos, esta pesquisa foi organizada em duas etapas.

A etapa preliminar, denominada “Primeira Fase da Pesquisa” consistiu na investigação do objeto de estudo e a análise dos dados obtidos.

Já a etapa subsequente, nominada “Segunda Fase da Pesquisa” foi composta pelo desenvolvimento de uma atividade educacional-piloto em saúde bucal, realizada a partir da compreensão do fenômeno investigado na etapa anterior.

3.4 Primeira Fase da Pesquisa

3.4.1 Universo amostral

Cozby (2006, p.145) define que o universo amostral de uma pesquisa deve ser composto “por todos os indivíduos de interesse do pesquisador”. Vergara (2007) considera que o mesmo deve ser constituído pelo conjunto de elementos que reúna informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta. Partindo desses pressupostos, seria oportuno imaginar que a seleção da amostra desta pesquisa seria, indistintamente, os odontólogos que atuassem diretamente com a educação em saúde bucal. No entanto, considerando a singularidade da atuação destes profissionais da saúde a partir de uma instituição de educação, optou-se pelo conjunto dos odontólogos efetivos e pertencentes ao quadro funcional dos institutos federais como escopo da pesquisa em função da proximidade, ao menos teórica, dos problemas e potencialidades em comum.

Já a razão que motivou a inclusão dos odontólogos de todas as regiões do país justifica-se por duas questões fundamentais:

1ª) A particularidade do objeto de estudo, que buscou compreender a operacionalização das práticas que envolvem a educação em saúde bucal na perspectiva particular da Promoção da Saúde. Em outras palavras, esta escolha justificou-se em razão

da multiplicidade das práticas desenvolvidas por estes profissionais, motivadas pela pluralidade das concepções sobre a saúde, como descritas no subitem 2.1.

Assim, tendo em vista que o foco da investigação reluz sobre um modelo de educação específico, práticas educativas identificadas por outros conceitos como da Prevenção de Doenças não configuram o cerne da análise desta pesquisa, muito embora também as integrem.

2^a) Ao decréscimo esperado de respostas em função do método de coleta de dados, considerado mais viável para esta pesquisa.

3.4.2 Seleção da amostra

Em consulta à Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, vinculada ao Ministério da Educação, obteve-se em 29/08/2018, a relação dos odontólogos pertencentes à Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, de acordo com suas respectivas lotações (Tabela 01).

Tabela 01 – Quantitativo dos odontólogos – segundo lotações nos IFs

Institutos Federais	N Odontólogos
Instituto Federal do Acre	01
Instituto Federal do Amazonas	06
Instituto Federal do Amapá	01
Instituto Federal do Pará	01
Instituto Federal do Tocantins	03
Instituto Federal de Rondônia	01
Instituto Federal de Roraima	02
Instituto Federal de Alagoas	07
Instituto Federal da Bahia	04
Instituto Federal Baiano	09
Instituto Federal do Ceará	19
Instituto Federal do Maranhão	14
Instituto Federal da Paraíba	09
Instituto Federal de Pernambuco	06
Instituto Federal do Sertão Pernambucano	02
Instituto Federal do Piauí	20
Instituto Federal do Rio Grande do Norte	21
Instituto Federal de Sergipe	05
Instituto Federal de Goiás	07
Instituto Federal Goiano	06
Instituto Federal de Mato Grosso	02
Instituto Federal do Espírito Santo	05
Instituto Federal de Minas Gerais	05
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais	05
Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais	03
Instituto Federal do Sul de Minas Gerais	02
Instituto Federal do Rio de Janeiro	04
Instituto Federal Fluminense	03
Instituto Federal de Santa Catarina	03
Instituto Federal Catarinense	03
Instituto Federal do Rio Grande do Sul	02
Instituto Federal Farroupilha	09
Instituto Federal Sul Rio-Grandense	06
Total	196

Fonte: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – Ministério da Educação (2018)

A partir dessa listagem, as condições preliminares estabelecidas para participação dos profissionais nesta pesquisa foram:

- 1ª) Anuência do gestor máximo (ou representante legal designado) do respectivo instituto federal – ao qual o profissional é vinculado – para levantamento e coleta de dados;
- 2ª) Fornecimento dos correios eletrônicos dos odontólogos, pelo instituto federal concernente, ou disponibilização dos respectivos endereços eletrônicos na página institucional na internet, para envio de convite prévio para participação da pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e do questionário I (Apêndice B);
- 3ª) A concordância da avaliação e acompanhamento da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Ifes (CEP-Ifes).

Isto posto, para atendimento à primeira condição acima descrita, em setembro de 2018, foram encaminhadas Cartas de Anuências para realização de pesquisa (Apêndice C) a todas 33 reitorias relacionadas na Tabela 01.

Em meio ao período das respostas pelos gestores a essas cartas de solicitação (que durou aproximadamente dois meses), iniciou-se o processo de busca dos endereços dos correios eletrônicos institucionais dos possíveis participantes da pesquisa, para envio de TCLE e questionário I àqueles que interessassem integrar a presente pesquisa.

Nesse sentido, inicialmente, foi realizada uma varredura nos sites oficiais dos 33 institutos relacionados, onde foram obtidas as informações de sete *campi*.

Num segundo momento, os outros 26 *campi* foram contatados através dos respectivos Departamentos de Gestão de Pessoas (DGPs), momento no qual apenas 12 *campi* atenderam à solicitação apresentada.

Por fim, via correio eletrônico e contato telefônico, as respectivas Coordenadorias de Saúde dos 14 institutos restantes também foram consultadas para a mesma finalidade. Neste instante, foram obtidos os dados solicitados de mais oito *campi*.

Vale ressaltar que o motivo principal pelo qual alguns *campi* não atenderam à demanda apresentada se deveu ao entendimento que a disponibilização dos correios eletrônicos de seus servidores, ainda que institucionais, tratava-se de informações pessoais e, portanto, não poderiam ser compartilhadas.

Desta forma foi possível catalogar 134 profissionais oriundos de 27 *campi*. Entretanto, em virtude da negativa de algumas reitorias em conceder as anuências para realização de pesquisa (justificada, principalmente, pela exigência da submissão da pesquisa no respectivo CEP de origem do possível participante, ou mesmo, do condicionamento da co-submissão junto ao CEP proponente), houve a necessidade de excluir seis desses *campi* contabilizados, o que correspondeu ao decréscimo de 34 possíveis participantes.

A isso, considera-se ainda a exclusão de dois colaboradores que realizaram o pré-teste para validação do questionário I e a supressão do próprio pesquisador, incluso na relação da Tabela 01. Dessa forma, a amostra final da presente pesquisa foi composta por 104 participantes, distribuídos por 21 *campi*, conforme a distribuição na Tabela 02.

Tabela 02 – Relação dos *campi* e amostra dos odontólogos que integram a pesquisa

Institutos Federais	N Odontólogos
Instituto Federal do Acre	01
Instituto Federal do Amapá	01
Instituto Federal do Pará	01
Instituto Federal de Rondônia	01
Instituto Federal de Roraima	02
Instituto Federal Baiano	08
Instituto Federal de Pernambuco	06
Instituto Federal do Sertão Pernambucano	02
Instituto Federal do Piauí	20
Instituto Federal do Rio Grande do Norte	21
Instituto Federal de Sergipe	05
Instituto Federal Goiano	06
Instituto Federal de Mato Grosso	01
Instituto Federal do Espírito Santo	03
Instituto Federal de Minas Gerais	05
Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais	03
Instituto Federal do Rio de Janeiro	01
Instituto Federal Fluminense	03
Instituto Federal Catarinense	03
Instituto Federal do Rio Grande do Sul	02
Instituto Federal Farroupilha	09
Total	104

3.4.3 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

Os critérios de inclusão dos sujeitos participantes da pesquisa foram: a anuência do gestor máximo (ou seu representante), responsável pela unidade do IF do profissional; o acesso ao endereço eletrônico do participante; a concordância do CEP-Ifes como colegiado de avaliação e acompanhamento da pesquisa; possuir a função de odontólogo do quadro efetivo dos institutos federais; o voluntarismo do participante e ter reenviado o questionário I devidamente respondido, no período preestabelecido.

Já os critérios de exclusão considerados foram: a negativa da anuência pelo gestor máximo (ou seu representante) do IF do profissional; a indisponibilidade do endereço eletrônico do participante; o veto do CEP-Ifes como colegiado da avaliação e acompanhamento da pesquisa; não possuir função de odontólogo do quadro efetivo dos institutos federais; a negativa ou falta de resposta ao convite para participação da pesquisa dentro do prazo estipulado; não ter respondido, devidamente, o questionário I ou ter reenviado o mesmo após o período preestabelecido.

Destaca-se que a amostra da pesquisa, dadas às condições acima descritas, classifica-se como por conveniência.

3.4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado foi o questionário semiestruturado (Apêndice B), composto por 20 questões (quinze, objetivas e cinco, discursivas), o qual foi formulado a partir das fundamentações dos teóricos relatados na revisão de literatura e dos objetivos da pesquisa.

Os questionários foram disponibilizados e recolhidos de forma *on-line*, através da plataforma *Google Forms*¹. Esta opção foi definida em função da dispersão dos institutos federais que integram a pesquisa (presentes nas cinco regiões do país) e também por permitir maior liberdade das respostas, em razão da natureza impessoal do instrumento.

Com o objetivo de avaliar e aprimorar os aspectos significativos à pesquisa, bem como certificar se as questões possibilitavam medir as variáveis que se pretendia investigar – conforme as recomendações propostas por Gil (1999) – foi realizado um pré-teste do questionário I para validar a clareza de seu entendimento.

Neste sentido, para estabelecer uma coleta mais rigorosa e fidedigna de evidências para fundamentação da análise – conforme as considerações ressaltadas por Ferber (1974) –, a aplicação do teste-piloto do questionário I foi realizada com indivíduos que teriam a possibilidade de vir a participar da pesquisa. Assim, dois odontólogos pertencentes ao quadro funcional efetivo dos institutos federais participaram desta validação: um, do próprio Ifes; e outro, do IF Baiano. Após o retorno dessas avaliações, as sugestões consideradas pertinentes foram acatadas e, assim, realizados pequenos ajustes para uma melhor compreensão e clareza nas respostas.

Em concordância com as orientações de Marconi e Lakatos (2003), os testantes e os respectivos dados coletados não fizeram parte da análise final desta pesquisa.

Considerando a possibilidade de alguns profissionais estarem em gozo de férias ou outro tipo de afastamento temporário, foram realizadas duas tentativas de aplicação dos questionários, respeitando um intervalo de 35 dias corridos: em 31/05/2019 e 04/07/2019.

Já a coleta dos dados foi estendida do primeiro dia da disponibilização do questionário (na ocasião da primeira tentativa em 31/05/2019), até quinze dias após a segunda investida da aplicação do questionário (19/07/2019), perfazendo um total de cinquenta dias corridos.

3.4.5 Análise dos dados

A análise dos dados da pesquisa foi realizada através de uma abordagem mista, ou seja, a partir da exploração quantitativa e outra, qualitativa; conforme a seguinte descrição:

Abordagem quantitativa:

Através da Seção 1 do instrumento de pesquisa (Apêndice B), foi realizado um levantamento geral das ações desenvolvidas pelos odontólogos nos institutos federais, com foco nas atividades de educação em saúde bucal.

A partir do referencial teórico da pesquisa, os métodos educativos em saúde bucal desenvolvidos foram qualificados, segundo os distintos conceitos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças. Em seguida, as respostas às perguntas sobre as práticas de educação em saúde bucal (Seção 2) foram classificadas, binariamente, quanto à sua afinidade com os paradigmas citados (atribuindo-se os valores 0 e 1, respectivamente, para as ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças – conforme a descrição do Apêndice D).

As atividades educativas em saúde bucal foram, então, categorizadas como: 1= totalmente identificadas com o conceito da Prevenção de Doenças; 2= majoritariamente identificadas com o conceito da Prevenção de Doenças; 3= equitativas; 4= majoritariamente identificadas com o conceito da Promoção da Saúde; 5= totalmente identificadas com o conceito da Promoção da Saúde.

¹ Os questionários da plataforma *Google Forms* são disponibilizados em formato eletrônico, os quais são acessados por *links* emitidos em *e-mails*.

Os resultados dessa classificação foram expressos em formato de gráfico, notabilizando-se a atuação de todos os 39 odontólogos participantes que desenvolvem ações educativas nos IFs.

Em seguida, a fim de atestar a efetividade das práticas educacionais em saúde bucal – identificadas segundo os dois conceitos descritos – buscou-se confrontar os respectivos resultados alcançados. Para tanto, a Seção 3 do questionário I (Apêndice B) tratou sobre a recorrência dos principais agravos odontológicos, por meio de índices universais de odontologia.

Abordagem qualitativa:

A segunda parte desta análise de dados investigou a operacionalização dos métodos educacionais de saúde bucal empregados na perspectiva da Promoção da Saúde, bem como os possíveis avanços, considerando as potencialidades dos institutos federais por meio de análise de conteúdo.

Para isto, foi realizada a exploração apreciativa das respostas dos participantes, depois de reiteradas leituras da Seção 4 do questionário I (Apêndice B), promovendo-se, em seguida, a seleção de trechos de interesse da pesquisa.

Sobre a análise de conteúdo, adotada nesta pesquisa, é possível destacar duas funções na aplicação dessa técnica. Uma, se refere à verificação de hipóteses e/ou questões, ou seja, podem-se encontrar respostas para questões formuladas e também é possível confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas, a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa (MINAYO, 2002).

Sendo assim, a análise em questão se desdobrou em três momentos: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação. O referencial teórico que orientou a análise dos dados foi a educação em saúde bucal na perspectiva do conceito de saúde em sua concepção mais holística, sobretudo, analisadas a partir dos princípios da Promoção da Saúde, estabelecidos pela OMS.

Na primeira fase da análise de conteúdo, a partir da leitura dos questionários coletados, foi realizada a organização dos dados a serem analisados, de acordo com os objetivos e questões do estudo, com a definição das unidades de registro, contexto, trechos significativos e categorias. Neste movimento inicial, pretendeu-se estabelecer a primeira classificação dos dados com base nos objetivos que nortearam a pesquisa, procurando determinar uma primeira aproximação com os significados revelados nas respostas dos participantes da pesquisa.

Na segunda fase desta etapa, objetivou-se capturar as ideias centrais do tema em questão. Os temas centrais foram formados, com base no sentido principal das perguntas. Para isso, o processo de criação de categorias visando abranger elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionassem entre si por meio do agrupamento de elementos, ideias, ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso, foi realizado ao longo do processo da análise, caracterizando o processo de produção emergente.

Com a definição dos temas, a análise seguiu para a terceira e última etapa, onde se buscou “desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto” (GOMES, 2001, p.76). Sem excluir as informações estatísticas, foram estabelecidos códigos para os integrantes e instituições de origem, de modo a garantir o anonimato dos participantes, sendo copiadas e coladas as escritas consideradas mais pertinentes e se buscou relacionar e

confrontar as respostas com cada tema central, construindo assim, a análise final dos dados.

3.5 Segunda Fase da Pesquisa

3.5.1 Desenvolvimento de uma atividade educacional-piloto em saúde bucal

Com base nos resultados da primeira fase da pesquisa, desenvolveu-se uma proposta educacional em saúde bucal no Ifes *campus* Santa Teresa, em caráter experimental, a fim de verificar sua efetividade e viabilidade.

3.5.2 Amostra

A população desta atividade-piloto incluiu todos os 29 discentes matriculados no 2º ano “D” do curso técnico integrado em agropecuária do Ifes *campus* Santa Teresa. Esta seleção foi definida através de amostragem aleatória simples entre todas as quatro turmas desta categoria (turmas “A”, “B”, “C” e “D”), por meio de sorteio da turma.

O critério de inclusão estabeleceu apenas as turmas do segundo ano, em razão do conteúdo específico “bacteriologia”, presente da grade curricular desse grupo e, dentro da turma sorteada, aqueles alunos cujos pais autorizaram sua participação e que se voluntariaram para a coleta de material; de tal modo, que em um encontro, estiveram todos os 29 estudantes participando; em outro, somente 15, que aceitaram coletar material.

Ressalta-se que o número de participantes não era representativo da população; entretanto, considerando que o objetivo não foi realizar uma generalização dos resultados obtidos, a amostra escolhida permitiu apresentar uma proposta de atividade educacional, com base no levantamento da teoria e nos resultados da pesquisa.

Dadas as características do processo de amostragem entre os estudantes da turma sorteada, esta amostra também se enquadrou na categoria de amostra por conveniência.

3.5.3 Procedimento e coleta de dados

A coleta de dados desta atividade contou com dois instrumentos avaliativos (sendo um quantitativo e outro qualitativo) envolvendo seus participantes: o exame clínico de diagnóstico, que buscou averiguar os resultados alcançados e o questionário semiestruturado, o qual visou obter as opiniões dos participantes a respeito da proposta educacional.

O recurso quantitativo – que trata a coleta de dados – contou com exames clínico-odontológicos dos alunos que participaram, voluntariamente, da atividade educacional laboratorial – sendo que 15 estudantes foram examinados antes da atividade prática (em 01/10/19) e 13 desses mesmos alunos, 68 dias após a conclusão de toda a atividade educacional-piloto (em 18/02/20). Por incluir estudantes menores de 18 anos, foi elaborado e disponibilizado aos mesmos, um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (Apêndice E); com linguagem acessível, por meio do qual os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a atividade e explicitaram a concordância em participar da pesquisa. Também foram recolhidas as anuências dos respectivos responsáveis legais pelos alunos, mediante Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos – TCLEs (Apêndice F).

Para a atividade prática, foi utilizada uma solução à base de fucsina² (eritrosina sódica, pigmento azul brilhante, metilparabeno, propilparabeno, água filtrada – frasco com

² A placa bacteriana em contato com a solução de fucsina resulta em uma cor contrastante com os dentes e tecidos, auxiliando a sua visualização.

10 ml – Laboratório Angelus), indicada para evidenciar a eventual presença de placa bacteriana, contrastando-a dos dentes aparentemente limpos e facilitando a sua localização.

Conforme o manual de uso do fabricante, foram dispensadas quatro gotas desta solução na língua de cada um dos participantes, os quais foram orientados a espalharem por todas as superfícies dentárias. Após 10 segundos, promoveram o enxague completo, através de bochechos, até a água não sair mais tingida.

Os alunos foram acompanhados em todos os momentos pelo pesquisador e por dois técnicos em laboratório (devidamente instruídos), que ajudaram a supervisionar os participantes durante a atividade.

Após esse procedimento, os dentes dos alunos foram analisados e classificados, segundo os critérios do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). O IHOS é dividido em índice de placa e índice de cálculo que, somados, resulta o IHOS (GOMES; SILVA, 2010). No entanto, como variável desta pesquisa, foi considerado apenas o índice de placa.

Os dados foram anotados em fichas clínicas, nas quais constavam as identificações dos participantes – por códigos –, para garantir o anonimato e sigilo dos participantes.

O cálculo do índice é feito atribuindo-se escores conforme a quantidade de placa bacteriana observada, que variam de 0 a 3, onde o código ‘0’ significa a inexistência de placa bacteriana; ‘1’, placa bacteriana cobrindo não mais que 1/3 da superfície ou apenas indutos generalizados; ‘2’, placa bacteriana cobrindo mais que 1/3, mas não mais que 2/3 da superfície dental e ‘3’, placa bacteriana cobrindo mais que 2/3 da superfície. A soma da quantidade de placa por superfícies de dentes é dividida pelo número de superfícies dentárias examinadas (a saber: superfícies vestibulares do incisivo central superior direito, do incisivo central inferior esquerdo, dos primeiros molares superiores e da superfície lingual dos dois primeiros molares inferiores). Os valores obtidos classificam a higiene bucal como satisfatória (0,0 – 0,6), regular (0,7 – 1,8) e deficiente (1,9 – 3,0).

O objetivo deste procedimento, fundamentado por Greene e Vermillion (1964), foi avaliar a eficiência da atividade, relacionando a assimilação do conteúdo tratado na atividade educacional proposta com os resultados gerados através da motivação e o envolvimento dos participantes, refletidos em condutas de autocuidado com a saúde bucal. Para tanto, este procedimento avaliativo foi realizado antes e depois da atividade educacional, com o intervalo de 140 dias entre o primeiro e o segundo exames (ocorridos em 01/10/2019 e 18/02/2020, respectivamente) ou decorridos 68 dias de seu término, no dia 02/12/2019.

Os 15 estudantes voluntários foram examinados sequencialmente, sentados em uma cadeira, com fonte de luz natural. Os exames foram realizados com auxílio de gazes estéreis, espátulas de madeira descartáveis, espelhos bucais e sondas exploradoras nº 5 esterilizados. Além disso, foram utilizados equipamentos de proteção individual (gorro, máscara e luvas) descartáveis, pelo pesquisador. Todas as avaliações ocorreram no mesmo horário, antes da merenda matutina dos estudantes, padronizando o momento da coleta, de modo a evitar viés na coleta do material.

Quanto à preparação do meio de cultura, esta se deu no Laboratório de Microbiologia, sendo adotado o meio de cultura sintético, básico para microrganismos pouco fastidiosos (Ágar Nutriente – AN), composto por: peptona 5g/L, extrato de carne 1,5g/L, extrato de levedura 1,5g/L, cloreto de sódio 5g/L e ágar 15g/L. O meio AN foi diluído na proporção de 28g/L de água destilada e foi esterilizado em autoclave a 121 graus Celsius por 15 minutos. Em seguida, com o meio ainda fundente, o meio foi vertido em placas de Petri estéreis, no volume de 5 a 18 mL por placa, cujo procedimento foi protegido por câmara de fluxo laminar. A semeadura do material biológico coletado na placa dentária dos estudantes foi realizada em estrias simples, sobre o meio AN nas placas de Petri. Em seguida, as placas foram seladas por filme plástico e incubadas em estufa

bacteriológica a 35 graus Celsius, por sete dias. O procedimento foi protegido por chama em lamparina sobre a bancada do laboratório.

O questionário II – tratado como instrumento de coleta de dados auxiliar – foi composto por cinco questões: sendo duas, objetivas e três, discursivas (Apêndice G). O conteúdo deste questionário visou coletar informações relativas à proposta educacional apresentada, no sentido de sua aceitação e contribuição para o maior aprendizado sobre os temas abordados.

Para a obtenção de respostas mais seguras, o questionário II não contou com a identificação dos pesquisados, os quais foram identificados por algoritmos sequenciais.

3.5.4 Análise dos dados

Os resultados provenientes dos exames clínicos foram expressos em tabela e foram analisados quantitativamente, assim como as questões objetivas do questionário II (Apêndice G). As questões discursivas deste mesmo questionário tiveram seus conteúdos interpretados e foram apresentados de forma descritiva.

3.5.5 Síntese da atividade educacional-piloto

Para a melhor compreensão da atividade educacional-piloto, o Quadro 01 antecipa a apresentação, em forma de síntese, dos procedimentos realizados, segundo as respectivas datas.

Quadro 01 – Cronograma das atividades e registros da atividade educacional-piloto

Atividade	Data	Ação	Atuação	Nota
1º Encontro	01/10/2019	Introdução teórica e abordagem prática	Odontólogo	Registro Inicial do IHOS
2º Encontro	04/11/2019	Abordagem teórica	Odontólogo	--
3º Encontro	02/12/2019	Abordagem teórica	Docente	--
--	16/12/2019	Aplicação do questionário II	Odontólogo	--
--	18/02/2020	--	Odontólogo	Registro Final do IHOS

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo (CEP-Ifes) sob o Parecer nº 3.167.621, em conformidade à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados provenientes dos 21 institutos federais envolvidos nesta pesquisa foi realizada mediante as anuências dos gestores máximos (ou substitutos designados), por meio da Carta de Anuência (Apêndice C), bem como a concordância dos sujeitos participantes (odontólogos), segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

O desenvolvimento da atividade educacional-piloto e a coleta de seus dados foram realizados mediante: Portaria 409/2019 (Anexo A), fornecida pela Direção Geral do Ifes

campus Santa Teresa; consentimentos dos estudantes, expressos nos Termos de Assentimentos Livres e Esclarecidos – TALE (Apêndice E) e autorização dos respectivos responsáveis pelos alunos, mediante o TCLE (Apêndice F).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Investigação Junto aos Odontólogos – Análise Quantitativa

4.1.1 Caracterização da amostra e levantamento da atuação dos odontólogos nos IF

Sobre os sujeitos participantes, 42 dos 55 odontólogos – que inicialmente aceitaram participar deste levantamento – retornaram os questionários dentro do período preestabelecido e fizeram parte efetiva desta pesquisa. Este montante equivale, portanto, aproximadamente a 40% da amostra total, considerando que havia 104 partícipes em potencial, segundo os critérios de inclusão adotados.

Entre os profissionais elencados na Tabela 02, os odontólogos que integraram essa pesquisa abrangeram doze estados federativos, conforme Figura 03.

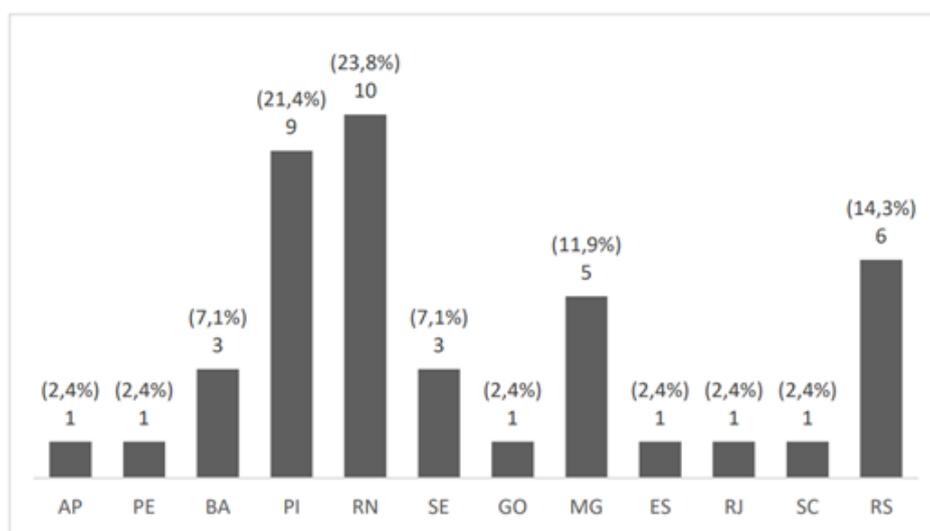


Figura 03 – Distribuição dos odontólogos participantes da pesquisa (por estados)

Todas as regiões geográficas do país foram contempladas nesta pesquisa; entretanto, a título de adendo à pesquisa, torna-se relevante frisar que a grande expansão dos institutos federais ocorrida, sobretudo, a partir de 2008 no país³ – que teve como um de seus pilares de fundo a descentralização do sistema educacional – não significou, necessariamente, numa distribuição equitativa dos odontólogos em sua rede; haja vista que a desproporção de participantes nesta pesquisa, por estados, acaba por reproduzir, também, a disparidade dos mesmos pelos *campi* no país (Tabela 01).

Por este resultado, infere-se também que a presença dos cirurgiões-dentistas nos institutos federais está longe de ser uma realidade em sua grande maioria, visto que em 659 unidades existentes⁴, encontram-se apenas 196 odontólogos⁵ em atividade, compreendendo menos de 30% das unidades atendidas por esse profissional. Levando-se em consideração a concentração destes profissionais em determinados *campi* – sobretudo nas capitais –, a cobertura dos serviços de saúde bucal se torna ainda mais deficitária, nesta rede federal de educação.

³ Fonte: Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec-programas-e-acoas/expansao-da-rede-federal>. Acesso em 20 fev. 2020.

⁴ Fonte: Ministério da Educação. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/rede-federal-inicial/instituicoes>. Acesso em 03 jul. 2018.

⁵ Fonte: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – Ministério da Educação (2018)

Considerando que o cirurgião-dentista contribui no campo educacional da saúde bucal e, conseqüentemente, da saúde como um todo e do bem-estar dos estudantes, o que corresponde a um dos principais meios para a viabilização da promoção da saúde (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010), denota-se a necessidade de um maior provimento destes profissionais nessa rede federal de educação.

Sobre a capacitação específica em promoção da saúde, 30 (77%) dos odontólogos pesquisados afirmaram que tiveram tal qualificação durante o curso de graduação e, como 16 (38%) dos profissionais estão presentes nos institutos federais entre três e 10 anos e outros 15 (36%), há mais de 10 anos (Tabela 03), infere-se daí a necessidade de um preparo ou atualização desses profissionais, visando à formação específica em Promoção da Saúde.

Tabela 03 – Odontólogos pesquisados, segundo tempo nos IFs, demandas principais, práxis profissional e condição quanto à capacitação em Promoção da Saúde

Questões	Respostas		
	N Odontólogos	% Odontólogos	
Tempo dos profissionais nos IFs. (N=42)	Até 1 ano.	03	07%
	Mais de 1 até 3 anos.	08	19%
	Mais de 3 até 10 anos.	16	38%
	Mais de 10 anos.	15	36%
Maiores demandas nos campi. (N=42)	Cárie dentária.	26	62%
	Doença periodontal.	06	14%
	Medidas de prevenção.	08	19%
	Outras.	02	5%
Práxis profissional nos IFs. (N=42)	Atuação exclusivamente clínica.	03	07%
	Atuação clínica e educacional.	34	81%
	Atuação exclusivamente educacional.	04	10%
	Outra função.	01	02%
Recebeu capacitação em Promoção da Saúde*. (N=39)	Não.	01	03%
	Sim. Durante a graduação.	30	77%
	Sim. Durante a pós-graduação.	22	56%
	Sim. No PSF.	17	44%
Buscou ou busca capacitação para trabalhar com educação em saúde bucal no IF. (N=39)	Sim.	23	59%
	Não.	16	41%

* Questão com alternativas de respostas múltiplas.

Lemkuhl et al. (2015) ressaltam a importância de se promover a educação continuada e a capacitação dos profissionais da área em promoção da saúde articulada aos seus determinantes sociais. Segundo esses autores, essa capacitação justifica-se pela necessidade de ampliar o engajamento e reflexão crítica destes profissionais para desenvolver ações sustentáveis, sobretudo de educação. Isto porque, conforme esclarecem Ceccim et al. (2009), o sentido da profissão do odontólogo é forjado, fundamentalmente, no imaginário liberal-privatista que, baseado no modelo biomédico flexneriano, privilegia a saúde individual e as ações curativas, mais que a coletiva e as ações preventivas. Como resultado, as práticas reproduzidas por estes profissionais estão estruturadas, em sua essência, na díade diagnóstico/tratamento. Conseqüentemente, a doença é a referência e a

cura (baseada no biologicismo), o paradigma. Assim, a práxis profissional está baseada em um saber/fazer tecnicista e descontextualizada com os ambientes institucionais e socioculturais nos quais estão inseridos.

Para reforçar a indispensabilidade da capacitação em promoção da saúde, 23 (59%) dos investigados relataram que já procuraram ou ainda buscam qualificação neste sentido, numa nítida demonstração de sua importância para a atividade laboral, sobretudo, para as práticas educativas em saúde bucal. O interesse demonstrado pelos profissionais reforça que este tema precisa ser tratado com atenção, uma vez que a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil (WESTPHAL, 2006).

Com relação às atividades desenvolvidas pelos profissionais consultados, 34 (81%) dos odontólogos relataram que realizam tanto atendimento clínico odontológico quanto atividades voltadas à educação em saúde bucal nos institutos; outros quatro (10%) profissionais informaram que desempenham ações exclusivamente educativas. Por outro lado, três (7%) profissionais afirmaram que desempenham atendimento unicamente clínico e apenas um (2%), outro tipo de função, não relacionada com o cargo de odontólogo. Dessa forma, considerando que o questionário desta pesquisa abordou, fundamentalmente, as questões relacionadas às atividades de educação em saúde bucal desenvolvidas nos institutos federais pelos referidos odontólogos, justifica-se um decréscimo de respostas nas questões específicas sobre este tema. Pois, nas perguntas que fizeram referência sobre as práticas de educação em saúde bucal, o grupo de odontólogos que não desempenha estas ações foi redirecionado, automaticamente, pelo mecanismo da plataforma *Google Forms* à seção de perguntas genéricas (como por exemplo, sobre o levantamento da demanda do setor odontológico e resultados clínicos da prática laboral). Soma-se a isso, alguns que não responderam integralmente ao instrumento de coleta da pesquisa.

Sobre as principais atividades clínicas desempenhadas, 26 (62%) profissionais responderam no sentido de estarem relacionadas ao tratamento restaurador em função da cárie dentária. Outros oito (19%) odontólogos mencionaram que ações preventivas, a fim de se reduzir a incidência e prevalência de doenças de origem bucal, correspondiam às condutas de ação predominantes; seis (14%) dentistas referiram o tratamento em função da doença periodontal como procedimentos mais constantes e dois (5%) profissionais apontaram para condutas diversas. Esses números refletem que a atuação majoritária dos profissionais, no âmbito do atendimento clínico, está associada a uma ação pós-ocorrência, ou seja, relacionadas a intervenções de natureza curativa e reabilitadora. A respeito disso, é preciso destacar que, tão importante quanto o tratamento, a prevenção – no contexto da promoção da saúde – corresponde a um conjunto de atitudes que devem ser tomadas, sobretudo, a grupos mais vulneráveis, sendo, portanto, medidas de atuação indissociáveis.

4.1.2 A qualificação das práticas de educação em saúde bucal nos IFs pesquisados

Para orientar a caracterização das práticas educativas levantadas, segundo os propósitos de prevenir doenças ou promover saúde, esta pesquisa levou em consideração os sete princípios norteadores da Promoção da Saúde definidos pela OMS, descritos no subitem 2.4.

De acordo com McManus (2013), nem todos estes princípios são aplicáveis, diretamente, às práticas pró-saúde; porém, podem fornecer um direcionamento para onde e como as possíveis ações educativas podem ser operacionalizadas.

Vale acrescentar também que a operacionalização das práticas de promoção de saúde depende, sobretudo, da existência de políticas públicas sobre os determinantes de saúde (BUSS, 2003; NORMAN e TEESER, 2015). Entretanto, Sícoli e Nascimento (2003, p. 101) atestam para a possibilidade de que “os princípios mencionados são

suficientemente universalizáveis para permitir sua identificação em iniciativas de natureza diversa e nas quais o setor de saúde não tem papel preponderante”.

Além disso, Carvalho, Cohen e Akerman (2017) ressaltam a dispensabilidade da existência destes princípios nas ações ou programas de forma simultânea para tipificar as práticas de promoção de saúde. Dessa forma, a avaliação das práticas educativas nesta pesquisa considera prescindível um conjunto mínimo delas para qualificar as ações como de promoção de saúde.

Feitas essas considerações, os primeiros dados do levantamento realizado revelaram que 38 (97%) odontólogos destinam as práticas de educação em saúde bucal exclusivamente aos educandos dos cursos técnico-integrados; enquanto 29 (74%), realizam, também, com estudantes dos cursos de graduação. Por outro lado, apenas 19 (49%) cirurgiões-dentistas englobam os servidores do instituto em alguma programação educativa e quatro (10%) dos investigados direcionam iniciativas de educação em saúde bucal à demanda externa, como a comunidade local, conforme pode ser visualizado na Tabela 04.

Tabela 04 – Caracterização das práticas de Educação em Saúde Bucal (ESB)

Questões	Respostas	
	N Odontólogos	% Odontólogos
Público alvo das ações de Educação em Saúde Bucal (ESB). (N=39)	Alunos do ensino médio.	38 97%
	Alunos de graduação.	29 74%
	Servidores.	19 49%
	Outros.	04 10%
Critério utilizado para definição dos temas abordados na ESB. (N=39)	Conforme o nº de registro local de demandas.	26 67%
	Dados epidemiológicos.	10 26%
	Outros	03 07%
Prática de ESB essencialmente utilizada. (N=39)	Palestras.	31 80%
	Orientação individual.	35 90%
	Práticas dialógicas.	11 28%
	Motivação de hábitos saudáveis de saúde bucal.	32 82%
Nº simultâneo de sujeitos abordados em cada ação de ESB. (N=39)	Individual.	07 21%
	De 02 a 10 pessoas.	02 03%
	De 11 a 20 pessoas.	06 15%
	De 21 a 30 pessoas.	14 36%
	Mais de 30 pessoas.	10 25%
Frequência das práticas de ESB. (N=39)	Assistemática.	14 36%
	Semestralmente.	16 41%
	Anualmente.	06 15%
	Outras.	03 08%
Envolvimento de outros profissionais na elaboração e desenvolvimento das práticas de ESB. (N=39)	Não.	11 28%
	Sim. Outros odontólogos.	07 18%
	Sim. Profissional com cargo de chefia.	01 03%
	Sim. Outros profissionais de áreas distintas.	20 51%

Frente aos números apresentados, conclui-se que a destinação das práticas educativas na amostra dos institutos federais pesquisados, de uma forma geral, não

corresponde integralmente aos pressupostos da Promoção da Saúde; isso porque, ao priorizar alguns grupos sobre outros – ainda que para o atendimento ao princípio da equidade – incorre-se no distanciamento da universalização de acesso aos serviços de saúde, que inclui, entre outros, a capacitação das pessoas por meio de atividades de educação em saúde.

De acordo com Matos, Gondinho e Ferreira (2015), a estratégia que privilegia certos grupos, como a adotada pela maioria dos odontólogos pesquisados remete, historicamente, ao sistema incremental empreendido pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), na década de 50 do século passado, no Brasil. Segundo essas autoras, esse sistema estipulava a população escolar como único alvo dos programas odontológicos públicos porque, na perspectiva do direito ao cuidado com a saúde bucal, admitia-se como aceitável a exclusão de parte considerável da população (formada, geralmente, por adultos e idosos), sob o pretexto de corresponderem a “gerações perdidas”.

Sobre os principais critérios estabelecidos pelos odontólogos para definir os temas de saúde bucal a serem trabalhados nos respectivos institutos federais, 26 (67%) pesquisados responderam que as demandas locais apresentadas no setor ambulatorial definiam essa abordagem e somente 10 (26%) investigados relataram que os dados epidemiológicos consistiam a referência para determinar os assuntos que eram tratados.

De acordo com estes resultados, o parâmetro usualmente utilizado para determinar a escolha dos assuntos trabalhados é baseado nos grupos de risco, uma vez que são definidos a partir de indivíduos portadores de uma determinada doença ou que poderiam vir a ser acometidos pela moléstia. Pode-se inferir, portanto, que neste quesito, a maioria dos profissionais não atende ao preceito correspondente da Promoção da Saúde. Isto porque a epidemiologia é voltada à compreensão de todo o processo saúde-doença no âmbito de populações e não apenas em termos individuais. A epidemiologia, neste sentido é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde. E em cima disso, traça estratégias para ações voltadas à proteção e promoção da saúde (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003).

Segundo Watt (2007), a abordagem baseada em alto risco tem dominado a prevenção de doenças bucais; no entanto, configura-se uma abordagem onde os profissionais e educadores de saúde defendem as origens comportamentais e, por isso, em desacordo com os princípios da Promoção da Saúde. Isso porque a ação não é direcionada também para outras causas subjacentes da doença. Assim, novos indivíduos tendem a emergir constantemente com o mesmo problema, uma vez que as condições de cunho psicossociais, econômicos e ambientais (por exemplo) não foram consideradas e tampouco modificadas pelos sujeitos.

Outro ponto abordado com os odontólogos tratou das principais estratégias e recursos empregados para a prática de ensino de saúde bucal ao público.

Neste sentido, nada menos que 35 (90%) profissionais indicaram que as orientações aos indivíduos, a partir da esfera da atuação clínico-odontológica, correspondem às práticas habituais de educação. Além da orientação, 32 (82%) odontólogos também recorrem às práticas motivacionais e 31 (80%) dentistas investem também na comunicação em massa, em forma de palestras. Por outro lado, 11 (28%) odontólogos utilizam as práticas dialógicas como método pedagógico defendido pela Promoção da Saúde.

Diante desses dados, destaca-se que o ato de orientar – que corresponde à ação mais comum – não remete à prática de ensino identificada com a Promoção da Saúde. Haja vista que, a partir desta estratégia deriva-se a propagação de informações a serem seguidas, muitas vezes, descontextualizadas com a realidade do aprendiz. Isso porque, na condição de um saber transmitido, sobretudo, a partir de uma condição vertical de ensino, os saberes intrínsecos e fundamentais do aprendiz são ignorados, tornando a aprendizagem pouco efetiva (AUSUBEL, 2003).

Barros (2007, p.22) resume que no processo de ensino-aprendizagem, a palavra chave é “participação” e que, no encontro com a clientela, “é necessário alcançar o respeito mútuo às convicções e à autonomia de cada participante, o que é possível quando se faz claro que o ponto de vista de cada um é o resultado das histórias pessoais, as quais guardam diferenças entre si”.

Barros (2007) observa também que a ação educativa, enquanto processo de capacitação dos indivíduos, é um processo recíproco que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem. Isto significa que cada profissional, por meio das ações educativas, deveria assumir o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico considerando, por sua vez, experiências e um saber existente de sua “clientela”.

Isto porque, segundo Gazzinelli et al. (2005), as formas pelas quais as pessoas compreendem e retratam a saúde e a doença, bem como as atitudes tomadas em relação às mesmas, estão intimamente relacionadas com suas histórias de vida, justificando a importância das práticas dialógicas propostas na pedagogia freireana.

Assim, o conhecimento está, invariavelmente, influenciado por um conjunto de crenças, valores e pela própria subjetividade do sujeito, que requer soluções amparadas sócio-culturalmente. Decorre daí, portanto, que as práticas pedagógicas valendo-se, unicamente de novos conhecimentos (científicos ou não) – ou seja, baseadas em um saber instituído –, não resultam, necessariamente, em mudança de comportamentos e hábitos pelos sujeitos. Portanto, no entendimento da educação voltada à Promoção da Saúde, tão importante quanto “ensinar” corretamente a técnica de escovação dentária, é proporcionar ao sujeito a compreensão real da importância da saúde bucal e, a partir daí, estimular a percepção crítica dele sobre os malefícios que a cárie dentária acarreta, por exemplo. É descobrir, entre tantas causas possíveis, os motivos pelos quais as condutas de autocuidado não são devidamente assumidas e atuar, dentro das possibilidades possíveis, nesses enfrentamentos. É perceber as particularidades que dificultam o processo de aprendizagem e buscar alternativas resolutivas. Enfim, é essencial aprender a relacionar-se “humanamente” com o outro, a fim de contribuir com a sua capacitação e, nesta perspectiva, a prática dialógica torna-se um instrumento impreterível. Nesta questão, portanto, conclui-se que apenas 11 (28%) profissionais ou pouco menos de um terço deles seguem a “cartilha” da Promoção da Saúde.

Em relação ao número simultâneo de sujeitos abordados a cada tema de saúde bucal programado, 32 (79%) odontólogos responderam que disponibilizam os conteúdos aos alunos de forma coletiva, na seguinte ordem decrescente: 14 (36%) profissionais para grupos de 21 a 30 componentes; 10 (25%), para grupos com mais de 30 integrantes; seis (15%), para turmas de 11 a 20 participantes e dois (3%), para grupos formados com no máximo 10 pessoas. Por outro lado, sete (21%) profissionais informaram que essa abordagem é feita individualmente.

Sobre isso, Barros (2007) destaca que as atividades coletivas são interessantes quando o objetivo é a capacitação e o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, como preconiza o paradigma da Promoção da Saúde. Isto porque, segundo esta autora, as atividades em grupo favorecerem a busca compartilhada de soluções de problemas evidenciados ao passo que estimulam a confrontação e o intercâmbio de experiências. Ressalvando-se, para tanto, a adoção de estratégias que estimulam e criam condições para a participação e integração dos seus participantes, favorecendo também a indispensável inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos envolvidos.

Assis (2002, p.22), conclui que as práticas grupais de educação em saúde constituem uma opção metodológica preferencial, porque permitem “que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo de cada componente”. No que concerne à quantidade de participantes

– com base em um estudo sobre planejamento de grupos operativos realizados com usuários de serviços de saúde – Vincha, Santos e Mancuso (2017) concluíram que não há um número ideal de componentes. A organização dos grupos, segundo essas autoras, deve ser estabelecida a partir das necessidades de saúde em um diagnóstico de saúde dos participantes, ou seja, particularizados caso a caso. Baseado nestes argumentos, os quais se identificam com as práticas promotoras de saúde, no quesito da disponibilização das práticas educativas grupais, a grande maioria dos odontólogos, ou 32 dos 39 (79%) satisfazem, portanto, a orientação da Promoção da Saúde.

Sobre as principais frequências que são promovidas as atividades voltadas à educação em saúde bucal nos *campi*, 16 (41%) participantes expuseram que viabilizam semestralmente; outros 14 (36%), responderam que não tinham uma frequência definida e seis (15%), revelaram que a realização de alguma atividade educativa apenas uma vez ao ano.

Costa et al. (2013) ressaltam que, valendo-se de uma poderosa ferramenta de empoderamento das pessoas, o trabalho visando à promoção da saúde nas escolas, além de compor o seu projeto institucional de educação, deve ser enfocada pelas atividades dinâmicas e contínuas. Melhor dizendo, os programas educativos devem ser assíduos porque, segundo Maciel et al. (2010), favorecem a aquisição de conhecimentos fundamentais para a estimulação do “espírito crítico” frente às decisões conscientes e responsáveis em relação saúde dos indivíduos, como preconiza o conceito da Promoção da Saúde.

Por este ângulo, fica claro que, além de serem trabalhadas transversalmente entre diferentes áreas de conhecimento, as práticas educativas promotoras de saúde devem ser regulares, para a maior assimilação de saberes possível. Além disso, considerando o grande conteúdo que cerca os fatores que determinam a saúde bucal e a rotatividade considerável dos alunos nos institutos federais, principalmente dos cursos técnicos – em razão da duração relativamente curta dos cursos – presume-se que, para uma adequação à orientação do modelo da Promoção da Saúde, uma periodicidade mensal das práticas educativas atende mais satisfatoriamente às necessidades coletivas e individuais do público. Diante dessas considerações e perante as respostas dos odontólogos pesquisados, conclui-se que, em relação à frequência das práticas educativas em saúde bucal nos institutos federais – tendo em vista a orientação da Promoção da Saúde – o resultado está muito aquém do ideal e requer uma sistematização mais atenciosa a respeito; visto que, além de escassas, são aleatórias em pouco mais de um terço das programações.

Outro ponto abordado com os cirurgiões-dentistas foi sobre o processo organizacional das ações que envolvem o ensino da saúde bucal no âmbito institucional. Neste sentido, praticamente a metade dos pesquisados, composta por 20 (51%) odontólogos, informou que outros profissionais (de competências diferentes) participam do referido processo. Outros sete (18%), expressaram a participação de colegas da mesma especialidade técnica, isto é, outros cirurgiões-dentistas; enquanto apenas um profissional, o que corresponde a 3%, citou a participação de servidor com cargo de chefia na elaboração dos conteúdos tratados. Em contrapartida, quase um terço dos dentistas, ou 11 (28%) investigados mencionaram não haver quaisquer tipos de participações de outros profissionais, seja do setor de saúde ou de outra área distinta.

Segundo Barros (2007), numa programação ideal, as ações educativas devem abranger parcerias intra e intersetoriais, num processo de planejamento participativo, no intuito de refletir sobre as demandas que se apresentam para que sejam propostas ações em consonância com as prioridades percebidas. Nesse sentido, a autora ressalta que a atuação dos odontólogos, intentando a promoção da saúde, não deve se limitar ao campo biológico; sendo necessário, portanto, a interação com profissionais de outras áreas, a fim de ampliar

os conhecimentos para uma atuação voltada à integralidade que envolve a saúde. Barros (2007) defende ainda que esta troca de saberes entre os diferentes sujeitos “interventores” deve ser um ato contínuo – de forma a viabilizar o planejamento integrado e envolvimento de seus participantes – na perspectiva da mediação estratégica. Com isso, a autora destaca o potencial existente em angariar outros setores também fundamentais (como educação e lazer) para atuar, conjuntamente, frente aos fatores determinantes do processo saúde-doença bucal.

Diante das considerações acima e dos números apresentados, percebe-se uma divisão equilibrada entre os profissionais que recorrem à interdisciplinaridade e os que não a adotam na execução das práticas educativas em saúde bucal nos institutos federais – 20 (51%) odontólogos em contraposição a 19 (49%), respectivamente, demonstrando que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que alcancem a intra e intersectorialidade nas estratégias de educação em saúde bucal nos IFs pesquisados.

Esta questão é extremamente relevante e requer uma reorientação das práticas profissionais se for levado em consideração que a interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde enquanto a intersectorialidade corresponde a sua ferramenta operacional (BUSS, 2000). Na perspectiva da concepção holística de saúde, retratada como um dos princípios norteadores da Promoção da Saúde pela OMS – a qual não admite que a boca seja compreendida de forma desconectada do resto do corpo – depreende-se que não é possível explicar todos os fatores associados ao processo saúde-doença por apenas uma área do conhecimento, isoladamente. Assim, a interdisciplinaridade entre diferentes áreas de atuação do campo da saúde (ou seja, realizada articulada e dinamicamente, a partir das diferentes classes profissionais: dentistas, enfermeiros, médicos, psicólogos...) é legítima e se faz necessária, tendo em vista o enfrentamento dos múltiplos problemas que estão intimamente relacionados. Já pelo lado da interface saúde-educação, a interdisciplinaridade (a qual é uma das principais propostas da atividade educacional-piloto desta pesquisa) vem ao encontro do propósito da Promoção da Saúde, ao passo que busca a integração de saberes na direção da capacitação dos indivíduos para melhorarem as condições de saúde e qualidade de vida. Nesta perspectiva, a integração dos conhecimentos técnicos e científicos a partir dos profissionais da saúde e da educação, por intermédio de disciplinas intimamente relacionadas, como biologia e química, por exemplo, (presentes na matriz curricular dos estudantes dos IFs) podem corroborar para a aprendizagem em saúde dos alunos, ao passo que visam promover elos entre os conhecimentos novos aos já consolidados, como sustenta a teoria de aprendizagem de Ausubel (2003).

4.1.3 A categorização das práticas de educação em saúde bucal nos IFs pesquisados

Previamente, é oportuno ressaltar que a educação em saúde bucal está presente na grande maioria dos IFs pesquisados, uma vez que a Figura 04 apresenta a categorização das práticas de educação em saúde bucal de 39 (93%) dos odontólogos que relataram desempenhar essa função, dentre outras atribuições desenvolvidas na rede federal de educação.

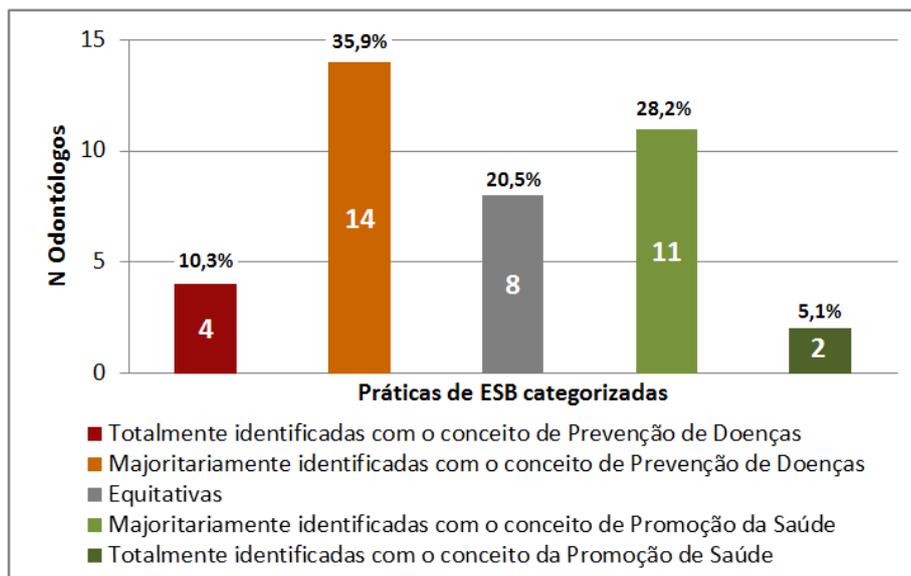


Figura 04 – Categorização das práticas de educação em saúde bucal desenvolvidas pelos odontólogos pesquisados

No entanto, de acordo com os critérios adotados na pesquisa (Apêndice D), 46,2% destas ações educativas estão identificadas com o conceito de Prevenção de Doenças (totalmente ou majoritariamente); 33,3%, possuem atributos integrais ou predominantes com a orientação da Promoção da Saúde; ao passo que 20,5%, têm, entre suas práticas, iniciativas equitativas entre os dois paradigmas referendados. De tal forma, é possível afirmar que a práxis educativa em saúde bucal, desempenhada no âmbito dos institutos federais pesquisados, possui certa inclinação à transmissão de conhecimento em detrimento à sua construção; e, a julgar pelo panorama percebido, em um contexto geral, esta estratégia educacional é insuficiente para promover a autonomia das pessoas para que elas possam adquirir condutas ou promover mudanças efetivas de comportamentos, capazes de evitar os agravos bucais, relatados pelos próprios investigados, ao menos, de forma sustentável.

Embora não tenha sido possível realizar uma comparação efetiva entre os resultados promovidos pelos distintos paradigmas – pela falta de registros dos profissionais pesquisados –, os programas que prezam pelo conhecimento construído (sobretudo pelo conteúdo significativo para o indivíduo) pode ser visto como uma importante estratégia a ser consolidada nos IFs. Haja vista que, entre as principais vantagens da aprendizagem significativa, de acordo com Ausubel (2003), é que as informações aprendidas significativamente, podem ser aplicadas em um maior número de variedades de problemas e contextos; ou seja, o conhecimento construído pelo indivíduo é mais propenso a ser incorporado à vida cotidiana do mesmo, permitindo-o perceber a importância das medidas de autocuidado com a saúde bucal.

4.1.4 Educação para prevenir doenças *versus* para promover a saúde

Com o propósito de verificar se a prática educacional identificada com o conceito da Promoção da Saúde sobrepuja, em termos de efetividade, à caracterizada pelo conceito de Prevenção de Doenças, perguntou-se aos odontólogos, números referentes a reincidências dos principais agravos bucais (os quais foram abordados pelos mesmos nas práticas educacionais). E, com o intuito de assegurar a confiabilidade desses dados, os

referidos profissionais também foram interpelados quanto aos índices ou indicadores odontológicos utilizados nesta sondagem.

Conforme a caracterização realizada no subitem 4.1.2, as práticas educativas voltadas ao conceito da Promoção da Saúde formam a categoria identificada pela aprendizagem significativa, enquanto as práticas educativas orientadas pelo conceito da Prevenção de Doenças compõem a categoria caracterizada pela aprendizagem mecânica dos sujeitos.

Nesta perspectiva, de acordo com Ausubel (2003), a aprendizagem significativa está relacionada àquela que obtém resultado por um período mais extenso, onde se conclui que o número de reincidência de agravos é menor, dentro de um período de tempo. Lógica inversa, válida à aprendizagem mecânica. Isto porque, tanto a cárie dentária quanto as doenças periodontais são perfeitamente evitáveis, desde que comportamentos saudáveis e medidas simples de autocuidado como: consumo moderado de açúcar e a escovação dentária regular, somada ao uso de fio dental sejam incorporados ao cotidiano das pessoas (MENEGAZ, SILVA e CASCAES, 2018).

Porém, nada menos que 35 (83%) odontólogos informaram que não possuíam os registros solicitados (Tabela 05), o que inviabilizou a confrontação dos resultados propostos. Isto porque, entre os outros sete (17%) profissionais pesquisados, não havia a representação das práticas voltadas à Promoção da Saúde.

Tabela 05 – Levantamento dos dados de reincidências dos principais agravos bucais nos IFs pesquisados, de acordo com os registros clínicos dos odontólogos

Questões	Respostas		
	N Odontólogos	% Odontólogos	
Reincidência de cárie dentária. (N= 42)	Até 10%.	07	17%
	De 11% a 20%.	00	00%
	De 21 a 30%.	00	00%
	De 31 a 40%.	00	00%
	Mais de 40%.	00	00%
	Não possui registro.	35	83%
Índice utilizado na avaliação anterior. (N= 42)	CPO-D.*	04	09%
	CPO-S.*	01	02%
	De Sloman.*	00	00%
	De Mellanby.*	00	00%
	Outro.	01	02%
	Não se aplica.	36	86%
Reincidência da doença periodontal. (N= 42)	Até 10%.	01	02%
	De 11% a 20%.	02	05%
	De 21 a 30%.	00	00%
	De 31 a 40%.	03	07%
	Mais de 40%.	00	00%
	Não possui registro.	36	86%
Índice utilizado na avaliação anterior. (N= 42)	CPI.**	01	02%
	ISG.**	04	09%
	IHO-S.**	00	00%
	IBV.**	00	00%
	Outro.	02	05%
	Não se aplica.	35	84%

* Índices utilizados para quantificar a ocorrência de cárie dentária.

** Índices utilizados para quantificar a ocorrência de doenças periodontais (gingivite e periodontite).

Considerando que 26 (67%) odontólogos responderam, anteriormente, que o planejamento das ações de educação em saúde bucal nos respectivos IFs era baseado em critério local, ou seja, baseado nas demandas da população assistida; infere-se que a análise minuciosa dos dados obtidos a partir dos exames periódicos odontológicos (EPO) – pelos profissionais pesquisados – não é uma prática comum, sobretudo, para identificar os efeitos da própria prática educacional, tendo em vista as possíveis adequações necessárias.

Sobre estes resultados, Gomes e Silva (2010) chamam atenção ao fato que os dados registrados nas fichas clínicas dos pacientes não devem representar apenas “dados burocráticos”, mas precisam, sobretudo, ter utilidade na aplicação prática dos profissionais. Nesta perspectiva, os dados constituem subsídios importantes, quer seja no acompanhamento da evolução do tratamento do paciente, quer seja para utilização, como parâmetros, para avaliação da necessidade coletiva local com vista ao planejamento de intervenções futuras e até mesmo para avaliação da qualidade das ações de saúde bucal prestadas (FRANÇA et al., 2020).

4.2 A Investigação Junto aos Profissionais – Análise Qualitativa

A síntese das respostas dos odontólogos referentes às perguntas subjetivas do questionário foi extraída depois de reiteradas leituras. Nesta análise, foram selecionados trechos representativos e sistematizadas categorias com base nos objetivos da pesquisa, conforme descrito no Quadro 02.

Quadro 02 – Categorias de análise sobre as peculiaridades e potencialidade encontradas das práticas de educação em saúde bucal nos IFs

Categoria	Tema
1 ^a	Educação em saúde bucal como instrumento para prevenir doenças ou promover saúde
2 ^a	Entraves encontrados nas práticas educativas em saúde bucal nos institutos federais.
3 ^a	Possibilidades percebidas para o avanço da prática educacional em saúde bucal na perspectiva da construção do conhecimento.

1^a Categoria

Na primeira categoria de análise ratificou-se que as ações colocadas em prática pelos profissionais pesquisados, via de regra, são pautadas no modelo tradicional de educação em saúde, na qual se enfatiza as práticas educativas com viés comportamentalista; haja vista que, diante da livre opinião dos participantes da pesquisa, os profissionais optam por transmitir informações na perspectiva de serem admitidas passivamente pelo público sem enfrentar a complexidade do processo saúde-doença. Além disso, na maioria das respostas, a ênfase das práticas educacionais se dá pela comunicação baseada em “orientações” no sentido normativo, ou seja, recomendações sobre comportamentos que devem ser seguidas:

Em relação ao planejamento, executamos palestras e orientações gerais. Mas também fazemos ações individuais durante os atendimentos (CD14)⁶.

⁶ As letras CD remetem a Cirurgião-Dentista, já o número indica diferentes profissionais, os quais foram correspondidos pela ordem de resposta do participante em relação à devolução do questionário, numeração esta que permanece ao longo desta pesquisa.

É realizada palestra com os alunos no início do semestre, orientação de higiene bucal durante o atendimento individual e entrega de kits de higiene a cada três meses para alunos que residem no campus (CD32).

Antes de iniciar o atendimento clínico fazemos palestras, realizamos instruções em relação à dieta anticariogênica [...] depois também realizamos orientações no sentido de melhorar a saúde bucal dos alunos (CD34).

As ações em saúde bucal são planejadas através da observação das principais demandas procurando a abordagem coletiva através de palestras educativas em sala de aula (CD27).

Como também podem ser observadas nos relatos, as “palestras” constituem-se nos recursos habituais de comunicação com finalidade educacional pelos odontólogos. Muito embora esse artifício também seja conveniente em determinadas abordagens de ensino que envolve a saúde, a comunicação unidirecional e dogmática não favorece a educação transformadora e voltada à autonomia das pessoas. Solia e Silva (2017) justificam que “no processo de construção de novos conhecimentos [...] o trabalho educativo deve priorizar a troca de saberes, considerando todas as informações e experiências que cada sujeito possui sobre o tema, para que haja o desenvolvimento da consciência crítica”.

Isso porque, segundo Barros (2007), a troca de ideias estimula a busca por novas informações ao mesmo tempo em que dá sentido aos novos conhecimentos construídos coletivamente. Em razão disso que a autora defende que é preciso substituir esse tipo de comunicação por discussão (mediados por valores e vivências dos sujeitos envolvidos) e reflexão, desencadeada pela problematização de temas relacionados com a saúde bucal para que sejam aplicados no cotidiano de cada sujeito, a partir de sua realidade.

Pensando em resultados mais positivos e duradouros em relação às condições de saúde bucal da população e, considerando que, tal qual o paradigma hegemônico no país (alicerçado nas práticas voltadas à prevenção de doenças) é, *grosso modo*, reproduzido também nos institutos federais; acredita-se que o conceito de educação em saúde bucal necessita ser amplificado. Isso porque o provimento, por si só, de medidas preventivas das doenças bucais – sobretudo no âmbito da educação – não garante um progresso considerável do panorama atual. Para tanto, é preciso que as práticas educativas sejam direcionadas à capacitação das pessoas para que possam atuar como protagonistas, frente aos fatores que influenciam, afetam e/ou determinam – direta ou indiretamente – a saúde delas e isso diz respeito, também, à atuação sobre os fatores determinantes de saúde.

Essa premissa se justifica porque as ações voltadas à prevenção da saúde visam evitar a ocorrência de doenças e agravos de saúde a partir de estratégias voltadas, fundamentalmente, para a redução da exposição aos fatores de risco. Consequentemente, o *modus operandi* de suas práticas educativas é representado, essencialmente ou tão somente, pela ênfase aos aspectos tecnicistas e científicos, uma vez que a saúde, na ótica dessa estratégia de ação, é concebida pelo seu conceito reducionista e caracterizada, meramente pela ausência de doença. Neste sentido, a multiplicidade de fatores fundamentais associados, tais quais de origem social, econômica, cultural e ambiental (ou seja, que transcendem os fatores biológicos) são desconsiderados. Assim, este modelo favorece o estabelecimento de reproduções de hábitos ‘mecanizados’, a partir de orientações normativas e, por vezes, descontextualizadas com cada individualidade envolvida, originando costumes nem sempre duradouros, como os cuidados necessários para com a saúde bucal.

Dentro desta categoria, realiza-se outro destaque significativo: a grande maioria dos investigados faz referência à predileção das ações educativas aos grupos de alto risco e pelos grupos mais afetados por afecções bucais:

Na triagem prévia realizada para o atendimento odontológico no *campus*, detectamos os casos mais críticos referentes às condições de saúde bucal e intensificamos a prevenção com este grupo no sentido de reverter a situação (CD24).

Realizo campanha motivacional com os alunos que apresentam resultados insatisfatórios de CPO-D (CD13).

Estas práticas também reforçam que as estratégias adotadas pelos odontólogos estão inclinadas às práticas típicas do modelo puramente preventivista. A ênfase na atenção a grupos mais específicos da coletividade implica na exclusão de outras parcelas da população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984), as práticas voltadas para a promoção de saúde incluem ações que devem envolver a população como um todo, indiferentemente das demandas apresentadas. Isso porque, como descrevem Malta et al. (2009), a Promoção da Saúde, enquanto prática tem, entre suas peculiaridades, a diversidade de ações possíveis não só para preservar a saúde como também aumentar o potencial individual e coletivo entre diferentes formas de vida mais saudáveis. Nesta perspectiva, as ações voltadas à Promoção de Saúde que, entre elas, incluem as práticas educativas, devem ser direcionadas não só a grupos específicos, mas sim a toda coletividade, sem distinções.

Outra realidade significativa levantada nos relatos dos odontólogos relaciona-se com a organização das práticas educativas marcadamente elaboradas e executadas de forma individual por estes profissionais:

O planejamento é feito apenas por mim, a odontóloga do *campus*, porém não há uma frequência estabelecida, ocorre conforme percebemos a necessidade e de acordo com a oportunidade (CD38).

As participações intrasetoriais embora em grau bastante reduzido, também foram mencionadas:

(O planejamento) é articulado com os outros profissionais de saúde, em eventos de promoção de saúde tais como Outubro Rosa e semana da saúde (CD20).

Normalmente as ações são planejadas pela equipe de odontologia e executadas em conjunto com todo o setor de saúde do *campus* (médico, enfermeira e psicóloga); algumas vezes, no próprio setor de saúde com grupos menores de alunos e, por vezes, no auditório, com grupos maiores (CD29).

É importante destacar que a atuação compartilhada no processo de ensino de saúde, a partir de profissionais de diferentes áreas de formação (no sentido de relacionar diversas áreas de conhecimentos), onde cada profissional da equipe assume o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, favorece a compreensão dos assuntos pertinentes, porque a compreensão de um só conceito não dá conta de explicar a complexidade e riqueza dos fenômenos relacionados (ANDRADE e MASSABNI, 2011).

Embora nenhum relato dos participantes desta pesquisa tenha mencionado a inclusão do setor diretamente relacionado com a educação, há, no entanto, planejamentos – ainda que diminutos – que buscam a cooperação a partir da atuação intersetorial:

O planejamento ocorre juntamente com os demais integrantes da Coordenadoria de Saúde Escolar – médico, enfermeira e recentemente outra odontóloga – visando promover ação de saúde bucal e sistêmica. Sempre que possível, profissionais de outras áreas da assistência estudantil – psicologia, assistência social e pedagogia – também se somam à equipe, no intuito de trabalharmos

diversos temas: tais como prevenção ao suicídio, drogas, bullying, cyberbullying, assédio, entre outros temas relevantes [...]. Também foi firmada uma parceria com o Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, na qual os estudantes de odontologia trabalham diversos temas relacionados à saúde bucal com os estudantes do IFS (CD36).

2ª Categoria

Outra categoria estabelecida, a partir da análise das respostas dos pesquisados, relaciona-se com as dificuldades encontradas pelos odontólogos nos institutos federais que impactam diretamente a prática educacional referente à saúde bucal, sobretudo, na perspectiva da Promoção da Saúde.

As ideias centrais – retratadas como “entraves” – estão dispostas em ordem decrescente em relação ao número de citações:

... o odontólogo ainda não é visto, pela maioria da comunidade escolar como um educador e sim como mero profissional clínico que realiza atendimento odontológico (CD8).

Tendo como parâmetro este relato, é possível inferir que, na percepção dos odontólogos pesquisados, o não reconhecimento deste profissional como um educador nos institutos federais dificulta sua atuação para além do ambiente ambulatorial. Deste modo, as ações que transcendem os atendimentos clínicos são percebidas como ações ‘secundárias’ ou de ‘apoio’ à formação dos estudantes. Este argumento é reforçado pela falta de “espaços” regulares dos odontólogos com os alunos nas respostas complementares a seguir, as quais se restringem, basicamente, aos períodos ociosos e casuais dos estudantes. Como pode ser verificado no depoimento do odontólogo CD14, as seguir:

(os períodos disponibilizados com os estudantes compreendem) os intervalos entre uma aula e outra ou após o encerramento das aulas (no final da tarde) quando os alunos estão cansados...

Como o Instituto Federal se trata de uma instituição de ensino, que possui demandas dos conteúdos escolares e outras atividades, muitas vezes não se encontra espaço e/ou tempo disponível dentro dos horários para se trabalhar temáticas de prevenção em saúde (CD9).

A falta de priorização das ações de saúde dentro da escola [...] encontra-se (sic) dificuldade de espaço para trabalhar com os alunos dentro de sala de aula (CD26).

... a dificuldade começa pela (falta) inserção no espaço educacional. As ações educativas são muito pontuais, demandando agendamentos prévios, ou seja, não consta na agenda de planejamento institucional (CD18).

A ausência de tempo periódico com os estudantes, como pode ser observada, representa uma das maiores dificuldades para se colocar em prática a educação em saúde bucal no campo de ação da promoção da saúde nos institutos federais. Isso porque, como visto no levantamento bibliográfico, as ações voltadas à emancipação dos sujeitos requerem um trabalho contínuo e regular para tratar, de forma aprofundada e significativa, as problematizações fundamentais que cercam esta questão. No final do último relato, portanto, denota-se a realidade do cotidiano dos odontólogos fora da atuação clínica, (quando retrata que “as ações educativas são pontuais...”) e dá pistas no sentido de justificar, ao menos parcialmente, o porquê do levantamento desta pesquisa revelar que a

grande maioria das práticas educativas em saúde bucal se enquadra no modelo pautado na transmissão de conhecimentos com ênfase na prevenção de doenças.

Por outro lado, nenhum dos profissionais pesquisados apontou alguma sugestão no sentido de tentar reverter a realidade de “meros prestadores de serviços” na atuação nos ambulatórios dos institutos federais; sobretudo, como clínicos de procedimentos reparadores. Nenhuma iniciativa de fazer entender as reais incumbências do odontólogo inserido numa instituição de educação foi relatada (função essa que o compreende como partícipe e integrante do processo educacional). Nem sequer um movimento no sentido de sensibilizar gestores, professores e pessoal administrativo quanto à inclusão dos odontólogos nos programas político-pedagógicos dos cursos e nas estratégias de ensino dos institutos foi mencionado pelos investigados. Considerando que 31 (74%) dos 42 odontólogos fazem parte do quadro funcional de suas instituições há pelo menos três anos (Tabela 03), é possível imaginar certa “acomodação” com o papel relegado a eles (e possivelmente, outros profissionais da saúde também). O que é lamentável, pois, como pôde ser visto no referencial teórico, os odontólogos (sobretudo, aqueles que exercem cargos públicos) são executores de políticas públicas no que toca o compromisso com a saúde bucal da população e, como tal, carecem de espaços e autonomia nas instituições para desempenharem as funções a eles imputadas. Uma boa parte do que foi discutido neste parágrafo, pode ser decorrência também do que se discute no parágrafo a seguir.

Outra adversidade muito pontuada refere-se às “condições precárias de trabalho” dos odontólogos nos institutos federais, as quais podem estar relacionadas à progressiva queda de recursos destinados à Rede Federal (sobretudo, a partir de 2014)⁷ e iniciativas de contingenciamento de verbas à educação, impactando diretamente no setor de saúde na rede federal. Assim, grande parte dos participantes da pesquisa credita a ineficiência das práticas educativas em razão da infraestrutura – referida como “precária” –, evidenciada pela falta de manutenção dos equipamentos odontológicos e/ou insumos mínimos, necessários para a prática laboral da profissão do cirurgião-dentista nos institutos federais. Isso porque, tanto para a prática assistencial quanto educacional, a aparelhagem odontológica constitui um instrumento essencial, por proporcionar condições mais adequadas para o diagnóstico e tratamento dos pacientes; o acompanhamento da evolução clínica como efeitos das práticas educativas nos pacientes acolhidos; o levantamento de dados epidemiológicos para o planejamento de intervenções locais e espaços particularizados entre o profissional, enquanto educador, e o paciente, na qualidade de aprendiz, como se observa no próximo relato:

A educação (em saúde bucal) é prejudicada quando se interrompe o atendimento odontológico porque neste momento: converso; dou esclarecimentos a todos os pacientes que recebem algum tipo de tratamento odontológico; inspeciono as condições bucais; mostro a gengiva inflamada, o uso correto do fio dental e a técnica correta de escovação dentária. Além disso, corresponde o momento de buscar entender o porquê daquele indivíduo está apresentando algum desequilíbrio, a partir daí é possível dizer como ele pode melhorar (CD6).

Estou no *campus* há pouco mais de um ano e ainda não conseguimos inaugurar o consultório. Está quase tudo pronto, é verdade, mas ainda temos muitos desafios a superar. Depois da implantação, vem a manutenção e, infelizmente, em muitos casos, os institutos não dispõem de recursos financeiros suficientes e acabam priorizando outros serviços considerados prioritários (CD4).

⁷ Disponível em:

https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true. Acesso em 15 abr. 2020.

3ª Categoria

Como última categoria de análise estabelecida, esta sessão tratou das possibilidades percebidas no sentido de se avançar com as práticas educativas em saúde bucal nos institutos federais na perspectiva da Promoção da Saúde. Para tanto, as opiniões e experiências vividas pelos pesquisados foram levadas em consideração, tendo como base, o referencial teórico da pesquisa.

Diante disso apresentam-se as principais colocações:

... buscar espaços permanentes para o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde bucal dentro do calendário acadêmico, através da legitimação de uma agenda oficial para esse fim (CD6).

De forma a:

... obter maior disponibilidade de horários com os alunos e não sendo necessário utilizar apenas os horários vagos que surgem (CD19).

Ficou muito claro até aqui que as ações pontuais de educação em saúde bucal realizadas, sobretudo, de maneira isolada pelos odontólogos nos IFs configuram métodos educacionais direcionados no sentido contrário das práticas voltadas à construção do conhecimento. Neste sentido, considerando que a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica possui autonomia administrativa e didático-pedagógica⁸, uma possibilidade levantada para contornar esta questão seria a inserção da prática educativa em saúde na grade curricular, como atividade contínua e transversal, perpassando, neste caso, pela estrutura pedagógica dos institutos federais.

Além de “marcar” o espaço da saúde na escola, seria fundamental que tivesse:

... a periodicidade (necessária) e forma de intervenção mais eficiente. Para isso, seria necessário buscar ferramentas que fizessem com que os discentes não recebessem apenas informações vazias, mas que pudessem proporcionar a reflexão sobre os cuidados necessários para a saúde (CD8).

Essa “forma de intervenção mais eficiente” poderia ser atendida pela adoção de um dos princípios fundamentais possíveis da Promoção da Saúde capazes de serem inseridos no contexto dos institutos federais: a ‘intersectorialidade’.

Em uma breve recapitulação, a intersectorialidade pode ser entendida como uma articulação entre diferentes setores, de conhecimentos diversificados com o propósito de responder a problemas importantes. Na área da saúde, pode ser compreendida como uma maneira planejada de trabalho no intuito de superar o conhecimento fracionado para gerar resultados mais significativos na saúde das pessoas (FEUERWERKER e COSTA, 2000). Sendo assim, em vez de ações isoladas, entende-se que o ensino sobre os temas relacionados com a saúde bucal pode ser resultante de uma ação articulada, a partir da organização intersectorial da área da saúde e da educação nos institutos federais, de modo a possibilitar espaços fundamentais para a atuação dos odontólogos junto com os professores, sobretudo de disciplinas afins. Além de articulada, essa proposta visaria, concomitantemente, à integração de saberes distintos, a favor da aprendizagem significativa do aluno, estimulando a associação de saberes e promovendo a educação crítica e reflexiva. Além do mais, essa ação multiestratégica pode ser estendida para uma concepção mais holística de saúde, a partir da inserção de outros profissionais de saúde,

⁸ Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008 – parágrafo único.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111892.htm. Acesso em 02 jan. 2020.

oportunizando uma aprendizagem significativa ao aluno, de forma a obter resultados mais sustentáveis com os cuidados com a saúde bucal.

4.3 O Desenvolvimento da Atividade Educacional-Piloto em Saúde Bucal

A presente atividade corresponde a uma ação realizada no Ifes *campus* Santa Teresa como resultado da primeira etapa desta pesquisa.

A partir da compreensão dos principais problemas de saúde bucal que acometem a coletividade do referido *campus*, a atividade educacional-piloto priorizou a capacitação dos estudantes selecionados na intenção de que os mesmos pudessem promover as soluções necessárias para saná-los, compreendidas como condutas de autocuidado. A iniciativa também se propôs a servir de modelo-piloto para outros IFs que se interessem por ações dessa natureza.

A proposta pedagógica desta atividade consistiu na problematização da questão e na investida sobre o empoderamento dos indivíduos, tendo em vista ações preventivas sustentáveis pelos próprios autores.

Para tanto, o processo educacional sobre o tema escolhido baseou-se na construção do conhecimento, valorizando o diálogo entre o saber popular dos estudantes e os saberes técnicos e científicos dos profissionais envolvidos, ou seja, partindo do saber preexistente dos estudantes nas abordagens prática e teórica sobre o assunto, para alcançar a aprendizagem significativa.

Além do enfoque sobre a capacitação dos sujeitos, a atuação intersetorial dos profissionais dos campos da saúde e educação pode ser compreendida como o segundo diferencial desta atividade educacional.

Nesta interface, os conhecimentos foram contemplados de forma integrada e articulada entre si, em prol da aprendizagem dos educandos, aproximando-se dos ideais preconizados pela Promoção da Saúde.

4.3.1 O tema escolhido

A “placa bacteriana” foi o assunto eleito para a problematização junto aos alunos na atividade educacional e a sua motivação foi baseada em um levantamento das demandas do setor odontológico da antiga Coordenadoria de Atenção à Saúde - CAS, no próprio instituto de origem da pesquisa.

Neste levantamento, foram analisados os arquivos ambulatoriais relativos aos atendimentos odontológicos no interstício dos anos 2013-2017, que incluíram os alunos do curso técnico-integrado, superiores e Proeja.

Ao todo, foram contabilizados 422 prontuários com média de oito procedimentos cada, provenientes de atendimentos eletivos e de urgência.

Esta sondagem revelou que nada menos que 65% de toda a demanda apresentada estava baseada em função da cárie dentária e da doença periodontal (representadas pela gengivite e periodontite), cujo principal fator de risco é o mesmo: a placa bacteriana.

A análise minuciosa destas fichas – que correspondiam aos atendimentos alusivos a estas moléstias – evidenciou que 34%, ou pouco mais de um terço dos pacientes assistidos no setor de odontologia da CAS retornaram, após algum período, em função do mesmo motivo. Ou seja, uma recorrência altamente significativa, considerando que estas doenças são evitáveis, quando medidas relativamente simples de autocuidado são adotadas: como a escovação dentária e o uso diário de fio ou fita dental (VADIAKAS et al., 2012; SPALJ et al., 2014). Sobretudo, quando as informações pertinentes, no sentido de sua prevenção, eram, cotidianamente, reforçadas a cada atendimento clínico realizado.

À vista desses números, percebeu-se a importância da reorientação dos métodos de ensino sobre este tema como também de uma intervenção mais efetiva das práticas educativas em saúde bucal como um todo.

A escolha do presente tema perpassou, portanto, sobre o próprio *insight* inicial que motivou a realização desta pesquisa.

4.3.2 Descrição da atividade educacional

Primeiro encontro.

Foi realizada uma introdução teórica seguida de atividade prática, a qual foi realizada no Laboratório de Microbiologia do *campus*, que se justificou por três questões fundamentais: pelos equipamentos e insumos necessários para a prática; pelo favorecimento à interação dos estudantes entre si e também com o educador (realçando a comunicação de ideias através da prática dialógica) e pela perspectiva de promover um ambiente com caráter investigativo, instigando a curiosidade e interesse dos alunos, no propósito de favorecer a aprendizagem pelo processo construtivo. Isso porque, de acordo com Andrade e Massabni (2011), as atividades desse tipo estimulam a interpretação do fenômeno estudado através da reorganização dos conhecimentos já consolidados e a construção de novos, na tentativa de dar sentido ao que ocorre.

Estiveram presentes: o pesquisador/odontólogo, dois técnicos em laboratório no suporte à atividade e 15 alunos voluntários. Sobre os alunos-participantes, é importante ressaltar que, inicialmente, 27 dos 29 discentes que compunham a turma selecionada haviam manifestado interesse em participar da atividade. Porém, acredita-se que o relevante decréscimo de participações esteja relacionado ao fato de que a data do primeiro encontro ter coincido com o período de provas dos estudantes; ao esquecimento dos TCLEs assinados pelos responsáveis e a possíveis constrangimentos relativos à aparência bucal associados a manifestações de *bullying* entre os próprios estudantes, como esclarece o estudo de Piovesan et al. (2010), para este tipo de atividade.

Os 15 alunos se dispuseram nas bancadas (Figura 05) onde, no primeiro momento, foi discutido o tópico “definição” da placa bacteriana.



Figura 05 – Atividade educacional realizada no laboratório de Microbiologia (2019)

Fonte: Acervo pessoal

As questões foram exploradas na perspectiva de causa/efeito entre o principal fator de risco (placa bacteriana) com as doenças bucais temáticas de interesse (cárie e doença periodontal), denotando uma situação real e tangível ao cotidiano dos estudantes.

Esgotada a tônica inicial, avançou-se para o tópico “prevenção”, onde foram discutidos os processos capazes de evitar o surgimento da placa bacteriana. Em seguida, foram explorados mecanismos capazes de interceptar a proliferação da placa dentária baseados em métodos de autocuidado e através de intervenção profissional.

Posteriormente, considerando a importância de aprender a partir da apresentação de um conteúdo significativo, sobretudo, a partir do contexto do cotidiano dos estudantes, partiu-se, propriamente, à atividade prática com o tópico “processo de formação da placa bacteriana”, onde cada um dos alunos recebeu a aplicação intraoral de solução de fucsina básica para evidenciação de placa bacteriana (Figura 06).



Figura 06 – Aplicação oral de solução evidenciadora de placa bacteriana – seta (2019)

Fonte: Acervo pessoal

Após esse procedimento, instantaneamente, todos os participantes tiveram a oportunidade de visualizar, em si mesmos, a presença do biofilme dental, ainda que com resultados díspares em relação à quantidade de placa dentária (ressalta-se que os alunos foram orientados a promoverem a higienização bucal habitual e não se alimentarem até o início da atividade).

Neste instante, percebeu-se grande manifestação de curiosidade pelos desdobramentos da atividade educacional entre os estudantes, uma vez que a maioria dos participantes considerava satisfatórios os cuidados de higiene bucal empregados até então – conforme depoimentos dos mesmos, na avaliação final da atividade.

Este êxito na sensibilização dos participantes resultou em um interesse crescente pelos desdobramentos da atividade educacional. Acredita-se que este fenômeno se deva à sensibilização causada pelas possíveis consequências percebidas pelos estudantes, uma vez que os dentes tingidos revelaram localizações dentárias mais susceptíveis a desencadear as doenças bucais abordadas. Essa estratégia é respaldada por Grego et al. (2011, p. 499) que valorizam a utilização da técnica do autoexame como instrumento pedagógico de autoconhecimento de forma a promover “[...] uma via de subjetivação de construção de conceito de si e a promoção de autocuidado.”

Esta etapa foi importante porque, através da visualização das áreas tingidas⁹ (Figura 07) pelos próprios estudantes, se oportunizou a autocrítica dos participantes em relação à necessidade de aprimorarem os cuidados referentes à higienização bucal.



Figura 07 – Placa dentária evidenciada – setas (2019)
Fonte: Acervo pessoal

Na sequência, realizou-se a coleta de amostra de placa dentária dos alunos participantes, para subsequente semeadura em meio de cultura (Figura 08).



Figura 08 – Coleta de amostra de placa bacteriana (2019)
Fonte: Acervo pessoal

As amostras individualizadas foram, então, colocadas em meio de cultivo em placas de Petri e mantidas em condições ideais para crescimento e desenvolvimento dos microrganismos (Figura 09).

⁹ As áreas destacadas revelam a placa bacteriana (referida também como placa dentária ou biofilme dental) e indicam as regiões que demandam uma maior atenção durante a escovação dentária.



Figura 09 – Semeadura de material coletado em meio de cultura (2019)
Fonte: Acervo pessoal

Dessa forma, cada aluno pôde acompanhar o processo de culturas bacterianas de sua própria amostra¹⁰ (Figura 10).

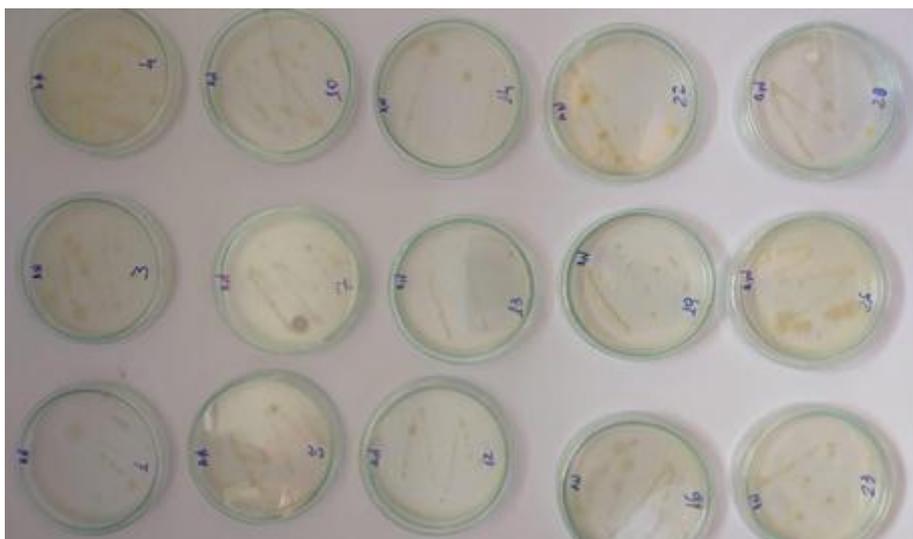


Figura 10 – Colônias de bactérias após sete dias da coleta de material de placa dentária (2019)
Fonte: Acervo pessoal

A finalidade de proceder a cultura bacteriana foi aguçar a curiosidade dos participantes em torno dos agentes etiológicos da cárie e doenças periodontais, estimulando os estudos a respeito. Com isso, favorecendo o convencimento dos educandos sobre a existência das bactérias patogênicas, sensibilizando-os quanto à necessidade do aprimoramento dos cuidados com a saúde bucal e oferecer material para exploração na aula prática da disciplina de Biologia, na ocasião da abordagem sobre bacteriologia.

¹⁰ As placas de Petri com as respectivas amostras de biofilme dental foram identificadas por códigos e a correspondência “amostra/participante” só foi repassada ao titular, para resguardar a privacidade dos estudantes.

Destaca-se que, neste momento, promoveu-se também o registro inicial do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) para fins comparativos dos resultados da pesquisa.

Para promover a interatividade dos sujeitos com o objeto a ser conhecido e a reflexão em torno da temática abordada ativa – durante os intervalos dos três encontros da atividade (descritos no Quadro 01) – os alunos puderam conferir o crescimento de colônias das bactérias responsáveis pelas doenças bucais, por meio de microscópio óptico (Figura 11), em visitas frequentes ao Laboratório de Microbiologia do *campus*.

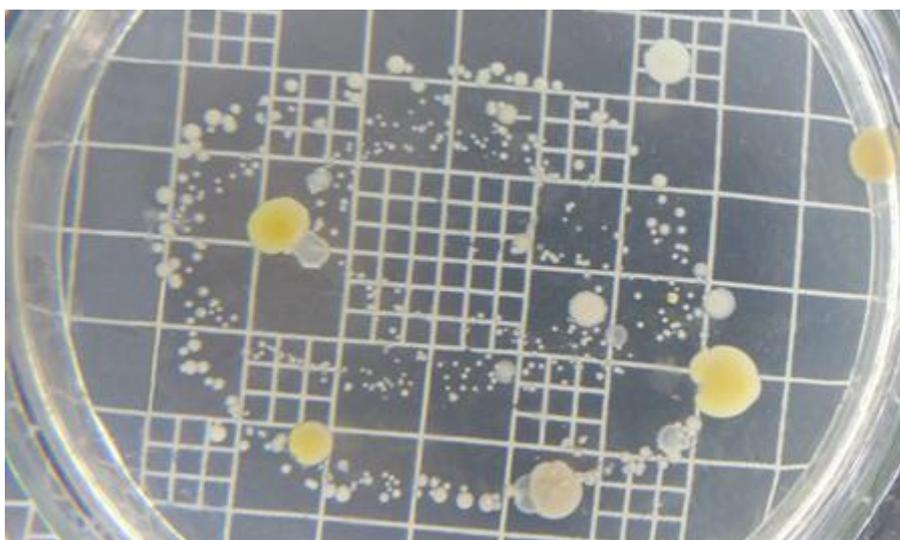


Figura 11 – Visualização de diferentes colônias de bactérias por microscópio óptico (2019)

Fonte: Acervo pessoal

Nesta ocasião, os estudantes tiveram a oportunidade de realizar estudos práticos com o material produzido¹¹, em sintonia com o conteúdo teórico abordado em sala de aula: classificação das bactérias com base na morfologia e constituição, através da coloração de Gram.

Carril, Natário e Zoccal (2017) ressaltam que o processo de aprendizagem está apoiado em aspectos que demandam significância para o aprendiz, ou seja, estão associados a um saber já existente e sua utilização no seu espaço cotidiano. Partindo deste pressuposto, esta etapa correspondeu a um dos momentos centrais da proposta educacional, ao caracterizar a interação dos conhecimentos promovidos, intersetorialmente, pelos campos da saúde e educação, tendo em vista a construção de saberes integrados entre si, sobretudo, para a compreensão da etiologia e dos fatores de risco das principais doenças bucais que acometem os próprios estudantes.

Segundo encontro

Neste encontro, onde estiveram presentes 27 alunos na classe, deu-se prosseguimento na problematização sobre o tema, utilizando-se de uma abordagem expositiva.

¹¹ O referido estudo prático com o material coletado em laboratório não foi registrado fotograficamente porque ocorreu em horário de monitoria dos estudantes, momento no qual o pesquisador e seus colaboradores não estavam presentes.

A didática utilizada contou com a projeção de slides (Apêndice H), para uma melhor compreensão dos tópicos “associações patológicas” e “cuidados fundamentais com a higiene bucal”.

A intenção foi dar continuidade e aprofundamento à construção dos saberes, a partir dos conhecimentos prévios dos estudantes, considerando também as diferentes capturas sobre o encontro anterior, promovendo-se uma ordem sequencial do tema.

Para isso, a estratégia de ensino pautou-se, preliminarmente, na detecção dos saberes preexistentes sobre a placa bacteriana para ampliar a estrutura cognitiva dos educandos, onde se buscou acrescentar novos elementos, conforme o método educacional proposto por Ausubel (2003).

Além disso, para encorajar a expressão livre e estimular a aprendizagem reflexiva dos estudantes a partir de um processo ativo, optou-se por uma prática educacional-dialógica, em forma de roda de conversa (Figura 12) – baseada no referencial teórico-metodológico da Educação Popular de Freire e Nogueira (1993) – para privilegiar a fala crítica e a escuta sensível de seus participantes.



Figura 12 – Atividade educacional ministrada pelo odontólogo (2019)

Fonte: Acervo pessoal

Embora ocorrida em uma única ocasião, a roda de conversa promoveu interação satisfatória entre os participantes e enriqueceu a atividade educacional como um todo; ao passo que alcançou seu objetivo principal, promovendo questionamentos livres diretos e indiretos sobre o tema proposto, pelos estudantes – o que possibilitou um melhor direcionamento na condução da dinâmica educacional. Propiciou também a troca e levantamento de informações pertinentes, permitindo uma maior aproximação à realidade local e compreensão de prováveis razões que poderiam estar relacionadas à alta reincidência (e incidência) dos agravos bucais levantados no *campus* (e, possivelmente, na amostra da pesquisa também).

Razões estas identificadas com o descuido com a higienização bucal (sobretudo referente à frequência de escovação dentária), passando pela técnica de escovação dentária inapropriada; e com o consumo desregrado de alimentos com alto teor de sacarose, o que – segundo os clássicos estudos de Gustaffson, Quensel e Lanke (1954) e Von Der Fehr, Løe e Theilade (1970) – predis põem os dentes ao desenvolvimento de lesões de cárie.

Destaca-se entre as falas dos estudantes, que boa parte deles realiza a higienização oral apenas após as principais refeições servidas na escola (almoço e jantar) e ao acordar; suprimindo, portanto, esta conduta após as demais refeições realizadas (café da manhã e lanche vespertino) e antes de dormir, que é quando o fluxo salivar diminui e favorece, ainda mais, o meio bucal a infecções, como a cárie e a doença periodontal (ATKINSON, GRISIUS, MASSEY, 2005). É importante ressaltar que este tema foi amplamente discutido nessa ocasião, principalmente porque boa parte dos lanches disponibilizados nestas refeições intermediárias é composta por produtos ricos em açúcares (bolos, achocolatados, bebida láctea fermentada, sucos, etc); o que torna ainda mais imprescindível os cuidados de higienização bucal, pois o processo de degradação dentária ocorre justamente pela transformação destes carboidratos (permanentes na cavidade oral) em ácidos, pelas bactérias cariogênicas, como o *Streptococcus mutans* (LOESCHE, 1993).

A justificativa, no entanto, exposta pelos estudantes para esse “deficit” de escovação dentária foi atribuída, basicamente, à crença da desnecessidade de cuidados de higienização bucal entre as principais refeições; o que não corresponde à realidade, já que a frequência do consumo de açúcares sem os devidos cuidados de higienização bucal posteriores está intimamente relacionada à criação de condições favoráveis para o estabelecimento da placa bacteriana (BURT e PAI, 2001).

Considerando a essência dos ideários da Promoção da Saúde em relação às práticas educativas – identificadas pela construção de conhecimento; logo, a atividade educacional-piloto não investiu em uma prescrição de boas condutas a fim de se adequar o “deficit” do número de higienizações orais diárias dos estudantes; tampouco se recomendou, nesta proposta educacional, dieta anticariogênica aos alunos, como medida preventiva aos agravos bucais. A partir deste contexto, buscou-se a reflexão sobre a importância dessas questões para reversão da realidade percebida (através do aprofundamento teórico e detalhamento de conteúdo) para a conscientização e superação de mitos e tabus (em ato de pensamento construído e associado ao contexto dos estudantes) visando à sustentabilidade de iniciativas eficientes de autocuidado.

A presença do odontólogo na sala de aula representou também a aproximação deste com os usuários de rotina da clínica-ambulatorial e o incentivo àqueles que não procuram, habitualmente, o importante acompanhamento preventivo-profissional da sua saúde bucal.

Terceiro encontro

Este último encontro¹² teve como finalidade o aprofundamento do tema abordado a partir da inserção dos conteúdos científicos análogos: “constituição, estrutura, morfologia, fisiologia e classificação das bactérias”, no contexto da disciplina de Biologia (considerando o conteúdo da própria grade curricular do programa do ensino médio). Para tanto, entrou em cena a ação intersetorial da atividade (como uma das propostas da Promoção da Saúde), através da atuação docente (Figura 13).

¹² Neste terceiro encontro, 25 estudantes estiveram presentes.



Figura 13 – Atividade educacional ministrada pelo docente de Biologia (2019)

Fonte: Acervo pessoal

Esta atuação encontra-se amparada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em seu tema transversal da saúde – promovendo a integração entre os campos da saúde e educação; sendo representados nesta atividade educacional pelo odontólogo e um professor da área técnica de Biologia, ambos pertencentes ao quadro efetivo de servidores onde foi realizada esta pesquisa. Por se tratar de uma atividade experimental, a integração destes dois campos referidos em prol da atividade educacional em saúde bucal partiu da organização autônoma entre os profissionais diretamente envolvidos. Não requereu ou demandou quaisquer alterações da estrutura pedagógica do Ifes *campus* Santa Teresa, mas apenas da abordagem combinada dos tópicos referentes ao tema, nos momentos oportunos, com os estudantes; sobretudo, realizando referências mútuas entre os conteúdos abordados, quando possível.

De acordo com os PCNs, os temas transversais foram criados pela “necessidade do tratamento transversal de temáticas sociais na escola, como forma de contemplá-las na sua complexidade, sem restringi-las à abordagem de uma única área” (BRASIL, 1997, p.64). Neste sentido, considerando a necessidade local de se desenvolver a educação em saúde bucal no referido Ifes *campus* Santa Teresa – embasada no levantamento referente ao intervalo 2013-2017 descrito no subitem 4.3.1, a prática pedagógica da atividade integrada buscou promover a construção do conhecimento a respeito do tema escolhido a partir da vinculação de seu conteúdo à disciplina curricular do curso (neste caso específico: a Biologia). Pois, de acordo com Marinho, Silva e Ferreira (2012, p.432), “os conteúdos contidos nas disciplinas não dão conta de preparar os estudantes para a vida, por isso emerge a questão da transversalidade, na forma do trabalho por temas transversais”.

Os resultados deste terceiro encontro foram considerados satisfatórios, pois os tópicos trabalhados nesta etapa deram profundidade científica sobre o tema da placa bacteriana, além de terem sido abordados relacionando-os aos encontros anteriores e não como assuntos descontextualizados em sala de aula; o que permitiu um maior interesse pelo assunto, nas palavras dos próprios estudantes e do professor envolvido. E isso contribuiu para dar maior sustentação aos assuntos tratados anteriormente pelo odontólogo. Portanto, embora não seja possível mensurar a colaboração específica desta participação intersetorial em relação aos resultados finais da atividade educacional-piloto, pode-se afirmar que ela constituiu um pilar fundamental para a atividade como um todo.

Com esta proposta, a atividade educacional pode ser compreendida como uma proposta antagônica às práticas fracionadas do ensino em saúde bucal – tradicionalmente instituídas por ações pontuais e isoladas. Além disso, ao inserir o profissional de saúde no contexto do ensino curricular dos estudantes (no tema específico da saúde), essa proposta educacional-piloto aponta para a ruptura de práticas lineares de educação, indo ao encontro das orientações dos PCNs.

Quanto à integração dos conteúdos educativos aos técnico-científicos, disposta na atividade educacional, esta se justificou pelo entendimento de que a aprendizagem que ocorre de forma arbitrária e superficial – a qual Ausubel (2003) classificou como “mecânica” – reproduz práticas educativas em saúde voltadas, exclusivamente, para se evitar as doenças e, como tal, oferecem resultados relativamente limitados e temporários (haja vista a alta recorrência de agravos bucais constatada no levantamento desta pesquisa). Neste sentido, a associação dessas diferentes vertentes de conhecimentos oportuniza saberes complementares, representando um aporte importante para o aluno; pois, através dela, oportuniza-se, didaticamente, a compreensão significativa do processo saúde-doença com aplicação direta em seu cotidiano. E, nesta perspectiva, o estudante, enquanto aprendiz tende a incorporar, espontaneamente, os cuidados de higiene oral baseado num conhecimento, por ele, construído.

Além disso, reconhecendo a importância do conhecimento prévio do estudante para a efetivação da aprendizagem significativa, a base da atividade educacional levou em conta os métodos pedagógicos propostos pela Educação Popular de Freire e Nogueira (1993), valorizando a educação participativa e a comunicação dialógica, para compreender o que os alunos sabem a respeito, como ponto de partida.

Assim, a estratégia pensada para reverter os relevantes números de doenças bucais no *campus* corresponde à reorientação da educação promovida, a qual investe na autonomia dos indivíduos que compõem a comunidade escolar, tendo em vista a sustentabilidade dos cuidados imprescindíveis com a saúde bucal, capazes de evitar essas moléstias.

Diante do exposto, é possível depreender que a presente atividade educacional encontrou, nos pontos de convergência dos pensamentos dos educadores Ausubel e Freire – sobretudo, através do estabelecimento do diálogo entre os sujeitos do processo de aprendizagem (educadores/educandos) e entre os conhecimentos preexistentes e novos – estratégias indispensáveis para dar impulso à aprendizagem significativa, a qual alicerça a construção do conhecimento e a autonomia dos sujeitos (CARRIL; NATÁRIO e ZOCCAL, 2017).

4.3.3 Resultados clínicos

A Tabela 06 apresenta o acúmulo individual de placa bacteriana de 13 dos 15 estudantes que participaram do primeiro encontro, antes da atividade educacional e após 68 dias de seu término, através do Índice de Higiene Oral Simplificado – IHOS.

Ressalta-se que dois destes alunos (estudantes “14” e “15”) foram transferidos para outras escolas neste intervalo, não sendo possível o segundo registro, sendo, portanto, desconsiderados na análise final.

Tabela 06 – Resultados iniciais e finais do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) dos estudantes que participaram da etapa prática da atividade educacional-piloto

Estudantes	IHOS Inicial	Classificação Qualitativa do IHOS Inicial	IHOS Final	Classificação Qualitativa do IHOS Final
01	1.6	Regular	1.4	Regular
02	2.6	Deficiente	2.2	Deficiente
03	0.9	Regular	0.5	Satisfatória
04	1.9	Deficiente	1.5	Regular
05	2.1	Deficiente	1.8	Regular
06	1.5	Regular	1.7	Regular
07	0.6	Satisfatória	0.6	Satisfatória
08	1.3	Regular	0.8	Regular
09	2.2	Deficiente	1.7	Regular
10	0.9	Regular	0.6	Satisfatório
11	1.8	Regular	1.2	Regular
12	2.4	Deficiente	1.8	Regular
13	0.8	Regular	0.6	Satisfatório
14	2.0	Deficiente	X	X
15	1.2	Regular	X	X

Referências do IHOS: (0,0 – 0,6) satisfatória; (0,7 – 1,8) regular; (1,9 – 3,0) deficiente.

Os dados apresentados na Tabela 06, indicam uma melhora expressiva em termos dos IHOS dos participantes. Sete estudantes alteraram positivamente suas classificações, sendo que quatro passaram de “Deficiente” para “Regular” e outros três, de “Regular” para “Satisfatório”. Mesmo entre os seis estudantes que não apresentaram mudança de categoria, quatro apresentaram melhora no IHOS e um não teve mudança neste índice; entretanto, sua classificação inicial já foi “Satisfatória” (estudante nº 7). Somente um dos 13 participantes apresentou piora no IHOS (o estudante nº 6 manteve a classificação “Regular”, mas apresentou um ligeiro aumento do índice, passando de 1.5 para 1.7).

Esses resultados sugerem que a atividade educacional contribuiu sobremaneira com essa mudança, já que os estudantes responderam com o aprimoramento dos cuidados para com a higiene bucal no período posterior às atividades, ainda que em alguns casos, de modo pouco expressivo. Ressalta-se que o propósito desta atividade está relacionado à adoção de condutas de autocuidado, que está embasada no paradigma da Promoção da Saúde. Nesse sentido, pode-se considerar que a atividade prática teve o êxito desejado.

Destaca-se ainda que os resultados finais da atividade educacional-piloto foram obtidos decorridos 68 dias de seu término – período no qual os alunos não tiveram mais vínculo com o pesquisador ou qualquer outra atividade educativa em saúde bucal no *campus* – indicando uma tendência de resultados sustentáveis, que é um dos princípios estabelecidos pela OMS para ações de promoção da saúde.

Por outro lado, como limites da análise dos resultados clínicos empregados, frisa-se que não houve um grupo-controle para comparação, porém, como o presente recurso avaliativo tem delineamento antes-depois, cada participante constituiu seu próprio controle. Além disso, embora os resultados apresentem uma tendência na manutenção dos resultados (como descrito anteriormente), o fator tempo está intimamente relacionado à mudança de comportamento (GOMES e SILVA, 2010), o que torna oportuno a continuidade desta investigação por períodos mais prolongados, em pesquisas futuras.

4.3.4 Avaliação dos estudantes sobre a atividade educacional desenvolvida

Por meio de um questionário sem identificação, a atividade educacional-piloto desta pesquisa foi avaliada, voluntariamente, por 21 (72%) dos seus 29 participantes. Deste montante, 13 estudantes participaram integralmente do processo educativo (1º, 2º e 3º encontros; correspondentes às etapas teóricas e prática); enquanto os outros oito, estiveram presentes no 2º e 3º encontros (etapas teóricas), conforme a Tabela 07, na próxima página.

Tabela 07 – Retorno dos participantes sobre a atividade educacional-piloto

Estudante	Participou da atividade prática no laboratório	Considerou proveitosa a atividade prática laboratorial	Considera conveniente a abordagem intersetorial de temas de SB	Modificou algum hábito após a atividade educacional	Principais hábitos adquiridos/modificados ou medidas adotadas em prol da saúde bucal após a atividade educacional-piloto
1	Sim	Sim	Sim	Sim	Incorporou o uso do fio dental aos cuidados com a higiene bucal.
2	Sim	Sim	Sim	Não	NR*
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Tornou o uso do fio dental um hábito frequente.
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Incorporou a limpeza da língua aos cuidados com a higiene bucal.
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Mudança de hábitos alimentares.
6	Sim	Sim	Sim	Não	NR*
7	Sim	Sim	Sim	Sim	Diminuiu o consumo de alimentos com alto teor de sacarose.
8	Sim	Sim	Sim	Sim	Aprimorou a técnica da escovação dentária.
9	Sim	Sim	Sim	Não	NR*
10	Sim	Sim	Sim	Sim	Tornou habitual o uso do fio dental.
11	Sim	Sim	Sim	Sim	Adotou maior critério em relação ao material de higiene bucal.
12	Sim	Sim	Sim	Sim	Procurou odontólogo para avaliação clínica.
13	Sim	Não	Sim	Não	NR*
14	Não	NR*	Sim	Sim	Aprimorou a técnica da escovação dentária.
15	Não	NR*	Sim	Não	NR*
16	Não	NR*	Sim	Sim	Adicionou o uso da escova ortodôntica à higiene bucal.
17	Não	NR*	Sim	Não	NR*
18	Não	NR*	Sim	Sim	Diminuiu o consumo de alimentos com alto teor de sacarose.
19	Não	NR*	Sim	Não	NR*
20	Não	NR*	Sim	Sim	Procurou odontólogo para avaliação clínica.
21	Não	NR*	Sim	Sim	Procurou odontólogo para avaliação clínica.

* NR: Não respondeu.

O primeiro dado significativo revelou que, unanimemente, os 21 discentes participantes consideraram conveniente que os temas sobre saúde bucal fossem abordados, quando possível, conjuntamente aos conteúdos afins – presentes nas disciplinas na grade curricular do curso técnico integrado ao ensino médio – através de uma ação articulada entre os setores da saúde e educação no *campus*. Esse resultado foi concordante com a opinião de Ceccin (2005), quando este sustenta que o trabalho em conjunto nas escolas entre profissionais da saúde e professores pode favorecer no campo do conhecimento da saúde, a partir da efetivação de ações transversais, como foi o caso da proposta da ação integrada desta pesquisa.

Quando perguntados se a atividade prática realizada no Laboratório de Microbiologia, especificadamente, havia contribuído para a compreensão do tema tratado; à exceção de um aluno (8%) – que atribuiu o “pouco tempo destinado à atividade” (E13)¹³, todos os outros 12 (92%) estudantes participantes desta etapa prática da atividade educacional responderam positivamente e justificaram, conforme a importância percebida, como se pode verificar em dois relatos a seguir:

A atividade realizada no laboratório ajudou a consolidar o que aprendi na teoria porque foram demonstradas, na prática, as consequências reais da escovação dentária deficiente (E10).

O impacto causado pela atividade prática foi importante para o convencimento do que havia sido falado pelo dentista (E04).

Na sequência das perguntas, os participantes foram questionados se, em virtude da atividade educacional que participaram (como um todo), houve alguma eventual mudança de conduta em prol da saúde bucal; ou mesmo, se houve implementação de novo hábito saudável. Neste sentido, 14 estudantes (aproximadamente 67% do total) responderam afirmativamente, dos quais sete (33%), referiram sobre o aprimoramento com os cuidados empregados com a higienização bucal; três (14%), citaram mudanças em relação ao consumo de alimentos, tidos como cariogênicos; outros três (14%), declararam procura profissional para consulta clínica e um (5%), substituiu a escova dentária (de cerdas duras para macias) – conforme alguns dos relatos a seguir:

... (alterei) o modo como realizo a escovação (dentária), pois, percebi a importância dela para evitar as complicações que foram expostas (E8).

O hábito de passar fio dental diariamente, antes passava raramente e após este estudo tive consciência do prejuízo que pode causar se não usar todo dia (E10).

Com a carga horária e as preocupações diárias, acabava que eu não passava o fio dental todo dia, até porque achava que não gerava tanto impacto (E3).

Dei mais atenção para a escovação da língua para evitar mau hálito (E4).

A partir desta experiência, procuro ingerir os alimentos açucarados mais próximos das escovações (dentárias) para diminuir as chances de dar cárie (E5).

É difícil, mas venho priorizando os alimentos com menos teor de açúcar (E18).

Depois de muito tempo, fui ao dentista para fazer uma avaliação geral dos meus dentes (E21).

¹³ Para manter a privacidade dos participantes, cada educando (E) recebeu um numeral que correspondeu à ordem de entrega do questionário.

Destaca-se que todas as quatorze condutas descritas pelos participantes compreendem medidas benéficas para a saúde bucal. Observa-se, no entanto, pela Figura 14, que a proporção de medidas autônomas e de caráter preventivo (baseadas no aprimoramento da higienização bucal e relacionada à dieta cariogênica) foi tomada, preponderantemente, por alunos que participaram da atividade prática no laboratório (88,9%) em relação aos que participaram apenas das etapas teóricas (60%).

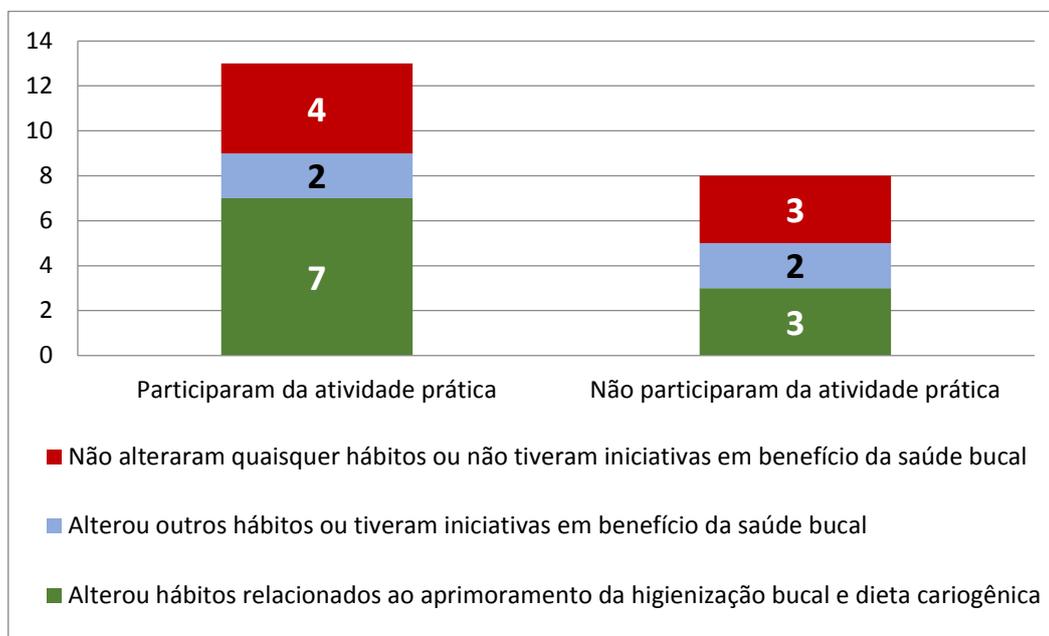


Figura 14 – Condutas dos 21 participantes que responderam ao questionário após a atividade educacional-piloto

Estas informações sugerem que a referida atividade laboratorial contribuiu para a sensibilização dos participantes, contribuindo para a assimilação dos pontos centrais abordados, e, resultando em práticas saudáveis e iniciativas importantes a favor da saúde bucal.

Por fim, diante de assertivas que referenciavam a atividade educacional proposta, (na qual sugeria que o seu formato favorece a aprendizagem por ser participativa, por relacionar teoria à prática e por integrar os conteúdos abordados às disciplinas regulares), 20 dos 21 alunos (95%) concordaram totalmente, enquanto apenas um (5%), concordou parcialmente, conforme uma das opções disponibilizadas pela escala de Likert¹⁴.

Cabe destacar que sete (33%) estudantes não se sentiram motivados a modificar suas atitudes quanto à promoção de sua saúde; o que pode ser explicado como uma resistência a mudanças, característica inerente da própria natureza humana (HERNANDEZ e CALDAS, 2001), inclusive na fase da adolescência (PROCHASKA, CLEMENTE, NORCROSS, 1992).

¹⁴ A escala de Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, sobretudo, em pesquisas de opinião.

5 CONCLUSÕES

A partir dos critérios de análise adotados nesta pesquisa, foi possível concluir que:

Há uma grande procura por serviços odontológicos assistenciais nos *campi* pesquisados; especialmente os de natureza curativa.

As maiores demandas do setor de odontologia nos *campi* dos IFs referem-se a agravos bucais evitáveis ou passíveis de controle, com o emprego de medidas de autocuidado.

A atuação dos odontólogos investigados está voltada, principalmente, ao atendimento clínico.

Evidenciou-se que existe uma escassez de odontólogos na rede dos institutos federais.

A educação em saúde bucal está presente na maioria dos IFs pesquisados e está identificada, predominantemente, com o paradigma tradicional de prevenção de doenças.

As principais estratégias de educação em saúde bucal são representadas por intervenções preventivas realizadas no ato do atendimento clínico e também por palestras de cunho persuasivo.

A interdisciplinaridade nas ações que envolvem a educação em saúde bucal está presente em cerca da metade da amostra pesquisada; no entanto, atividades intersetoriais constituem uma realidade distante.

O não-reconhecimento do odontólogo como partícipe do processo educacional nos IFs e a falta de condições estruturais de trabalho foram apontados como principais entraves para o desenvolvimento de ações de educação em saúde bucal.

A atividade educacional-piloto em saúde bucal desenvolvida se mostrou satisfatória, ao proporcionar a sensibilização na maior parte dos participantes e redução significativa da placa dentária.

Os resultados positivos da atividade educacional desenvolvida nessa pesquisa sugerem que, a partir da organização pedagógica, o planejamento da educação em saúde bucal nos IFs deve incluir este tipo de estratégia, inclusive com extensão a outras disciplinas, dependendo do enfoque e a profundidade que a abordagem requerer.

Além disso, a ação multiestratégica da atividade educacional desenvolvida nesta pesquisa pode ser estendida também a outras áreas da saúde, tendo em vista a abordagem aos determinantes de saúde e fatores de risco comuns, indo ao encontro da concepção holística de saúde, preconizada pela Promoção da Saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNELLI, P. B. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro, v. 72, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2015.

ALRMALY, B. A.; ASSERY, M. K. Need of oral health promotion through schools among developing countries. **J Int Oral Health**, v. 10, p. 1-3, 2018.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, vol.16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, M. L. F.; MASSABNI, V. G. O desenvolvimento de atividades práticas na escola: um desafio para os professores de ciências. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 17, n. 4, p. 835-854, 2011.

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Programas de Atenção ao Idoso, Rio de Janeiro, CRDE/UnATI/UERJ, 2002.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

ATKINSON, J. C.; GRISIUS, M.; MASSEY, W. Salivary hypofunction and xerostomia: diagnosis and treatment. **Dent Clin North Am**.49 (2): 309-26, 2005.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma Perspectiva Cognitiva**. Lisboa: Edições Técnicas Plátano, 2003.

BARROS, C. M. S. (Org.). **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro. SESC. Departamento Nacional, 134 p. 2007.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias ensino-aprendizagem**. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Expansão da Rede Federal**. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec-programas-e-acoes/expansao-da-rede-federal>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. n.º. 17, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília. 68 p. 2015.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos: meio ambiente, saúde**. Brasília: MEC/SEF. 1997.

BURT, B. A.; PAI, S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. **Journal of dental education**, v. 65, n. 10, p. 1017-1023, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D., Freitas C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 15-38, 2003.

CARRIL, M. G. P.; NATÁRIO, E. G.; ZOCCAL, S. I. Considerações sobre aprendizagem significativa, a partir da visão de Freire e Ausubel - uma reflexão teórica. **e-Mosaicos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 13, p. 68-78, 2017.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 24. Rio de Janeiro, p. 4-5. 2008.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o Instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 265-276, set. 2017.

CARVALHO, J. A.; TORRES, M. T. P.; SOUZA, L. S.; PEDROTRE, R. S. A.; ALVES, F. A. Educação em saúde bucal: Uma abordagem reflexiva em prol da qualidade de vida. **Revista Práxis**, Volta Redonda, v. 3, n. 2, p.21-27, jan. 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986. dez. 2005.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BILIBIO, L. F.; MORAES, M.; SANTOS, N. D. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 67-78, out. 2008.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência Saúde Coletiva**, vol.16 supl.1, 47-54, Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, G. M.; CAVALCANTI, V.; BARBOSA, M.; CELINO, S.; FRANÇA, I.; SOUSA, F. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 15(2), 506-15, 2013.

COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. p. 455, São Paulo: Editora Atlas, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FALEIROS, F.; KÄPPLER, C.; PONTES, F. A. R.; SILVA, S. S. C.; GOES, F. S. N.; CUCICK, C. D. Uso do questionário virtual e disseminação como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, jun. 2015.

FERBER, R. **Handbook of Marketing Research**. New York, McGraw-Hill, 1974.

FERREIRA, G. S. S.; MERLIN, M. D. V.; FENELON, R. O.; LEMOS, C. L. S.; **A interface entre educação popular e saúde bucal: análise da produção científica**, 10 (3): 457-463. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63717313019>. Acesso em 27 mar. 2020.

FERREIRA, V. F.; ROCHA, G. O. R.; LOPES, M. B.; SANTOS, M. S.; MIRANDA, S.A. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, ago. 2014.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 21, p.117-121, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Apostila, Fortaleza: UEC, 2002.

FRANCA, M. A. S. A.; FREIRE, M. C. M.; PEREIRA, E. M.; MARCELO, V. C. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática da educação popular**. 4ª. ed. Vozes, Petrópolis, 1993.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 57ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIROUX, H. **Cruzando as fronteiras do discurso educacional: novas políticas em educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GOMES, V. E.; SILVA, D. D. A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n.1, p.22-27, jan./mar. 2010.

GREGO, M. C.; OHARA, C. V. S.; PEREIRA, S. R.; BRÊTAS, J. R. S. Oficina de autoexame de mamas: uma estratégia para o autoconhecimento de adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo v. 24, n. 4, p. 493-499, 2011.

GUSTAFFSON, B. E.; QUENSEL, C. E. L.; LANKE, L. S.; The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. **Acta Odontol Scand**, 11(3-4): 232-364, 1954.

HERNANDEZ, J. M. C.; CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Rev. adm. empres**. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 31-45, jun. 2001.

KAY, E. J; LOCKER, D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 24(4): 231–235, 1996.

KORNBLIT, A. L.; DIZ, A. M. M.; DI LEO, P. F. CAMAROTTI, A. C. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. **Revista Argentina de Sociología**. 5 (8):11-27, 2007.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Health and Welfare Canada. Ottawa, 1974.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Vieira e Lent, Rio de Janeiro, 2007.

LEMKUHL, I. SOUZA, M. V. C.; CASCAES, A. M.; BASTOS, J. L. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 336-346, set. 2015.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press Ortodontia. Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, 2007.

LOESCHE, W. J. **Cárie Dental**, uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010.

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e educação crítica. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 235-248, mar. 2012.

MARMOT, M.; BELL, R. Social determinants and dental health. **Advances in Dental Research**. 23 (2): 201-6. 2011.

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do CEDES**, v. 4, p. 28-43, 1987.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 190-203, mar. 2016.

MACHADO, J. Perspectiva antropológica do ensino da medicina. **Acção Médica**, Lisboa, v. 70, n. 1, p. 16-22, 2006.

MACIEL, E. L. N.; OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SALES, C. M. M.; BROTTTO, L. D. A; ARAÚJO, M. D. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-396, mar. 2010.

MALTA, D. C.; CASTRO, A.M.; GOSCH, C.S.; CRUZ, D.K.A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J.D.; NETO, O.L.M.; TEMPORÃO, J.G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Metodologia Científica, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO, J. C. B.; SILVA, J. A.; FERREIRA, M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 429-444, jun. 2015.

MATOS, C. V; GONDINHO, B. V. C.; FERREIRA, D. L. A. A Educação em Saúde Bucal e suas representações na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, nº1, supl. 1, p. 845-855, 2015.

MCMANUS, A. Health promotion innovation in primary health care. **The Australasian Medical Journal**, n.6, v.1, p.15-18, 2013.

MENDES, R; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 190-203, mar. 2016.

MENEGAZ, A. M.; SILVA, A. E. R; CASCAES, A. M. Educational interventions in health services and oral health: systematic review. **Revista de Saúde Pública**. nº. 52, v. 52, 2018.

MINAYO, C.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis. ed. 21, 80 p. Vozes, 2002.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. ed. 29ª. Petrópolis, Editora Vozes; 2010.

MIOTTO, M. H. M. B.; LOUREIRO, C. A. Efeito das características sociodemográfica sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **Rev. Odontol. UFES**, 5 (3): 6-14, 2003.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 199-203, jun. 1992.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**. 19 (6) 385-93 2006.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, mar. 2015.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata: **primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Genebra, 1978.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde: **primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Genebra, 1986.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e modelos assistenciais. **Epidemiologia e Saúde**. ed. 4. Rio de Janeiro, p.455-466, MEDS, 1994.

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

PERES, M. A.; PERES, K. G.; BARROS, A. J.; VICTORA C. G. The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. **J. Epidemiol Community Health**, 61 (2): 141-5, 2007.

PERRENOUD, P. **Pedagogia diferenciada: das intenções à ação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PETERSEN, P. E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; DAY, S. E.; NDIAYE, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. 83 (9): 661-669, set. 2005.

PINTO, B. K.; SOARES, D. C.; CECAGNO, D.; MUNIZ, R. M. Promoção da saúde e intersectorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16 (4): 487-493, 2012.

PIOVESAN, C; ANTUNES, J. L; GUEDES, R. S; ARDENGHI, T. M; Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related. **Quality of Life Research**. 19(9): 135913-66, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHASKA, J. O.; CLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J.C.; In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **Am Psychol**, 47(9): 1102-14, 1992.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. p. 15-30, Rio de Janeiro, 2003.

SÁ, L.O.; VASCONCELOS, M. M. V. B. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura. **Odontologia Clínica-Científica**. Recife, 8 (4) 299-303, out./dez., 2009.

SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 5, n. 2, ago. 2006.

SANTOS, B. S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3. ed. p.107-117. São Paulo: Cortez, 2001.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-50, 2010.

SILVA, G.G.; CARCERERI, D. L.; AMANTE, C. J. Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, mar. 2017.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; LIMA, K. M. S. V.; MARTINS, B. R.; SANTOS, J. B. O. Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 165-172, abr./jun. 2013.

SOCRANSKY, S. S.; HAFFAJEE, A. D. Dental biofilms: difficult therapeutic targets. **Periodontology** 2000. v. 28, ed. 1, p. 12-55, jan. 2002.

SOLIA, F. S. F; SILVA, S. S. Educação para saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda. **Ciência e Educação**. Bauru, v. 23, n. 3, p. 677-689, jul. 2017.

SPALJ, S.; SPALJ, V. T.; IVANKOVIC, L.; PLANCAK, D. Oral health-related risk behaviours and attitudes among Croatian adolescents-multiple logistic regression analysis. **Collegium Antropologicum**, 38 (1): 261–267, 2014.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. **Cadernos de Textos Versus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; p.284-99, 2004.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, ago. 2004.

VADIAKAS, G.; OULIS, C. J.; TSINIDOU, K.; MAMAI-HOMATA, E.; POLYCHRONOPOULOU, A. Oral hygiene and periodontal status of 12 and 15-year-old Greek adolescents. A national pathfindersurvey. **European Journal of Pediatric Dentistry** 13, 11–20, 2012.

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

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949-62, set. 2017.

VON DER FEHR, F. R.; LÖE, H.; THEILADE, E. **Experimental caries in man**. *Caries Res*; 4 (2): 131-48, 1970.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 35 (1): 1-11. 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: p. 635-667. Ed. Fiocruz, 2008.

WHO. Communications health education and health promotion Unit. **Health Promotion Glossary**. World Health Organization. Geneva, 1998.

WHO. Collaborating centre for education, training and research in oral health. **Global Oral Health Database**. World Health Organization. Malmö, 2011.

WHO. **Health education**. World Health Organization. Geneva, 2013.

ZIGLIO, E.; HAGARD, S.; MCMAHON, L.; HARVEY, S.; LEVIN, L. **Inversión en favor de la salud**. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, 5, México. 2000

7 APÊNDICES

- Apêndice A** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Odontólogos
- Apêndice B** Questionário I – Odontólogos
- Apêndice C** Carta de Solicitação de Anuência – Institutos Federais
- Apêndice D** Parâmetros Empregados para Caracterização das Práticas de Educação em Saúde Bucal
- Apêndice E** Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) – Estudantes
- Apêndice F** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsáveis legais
- Apêndice G** Questionário II – Estudantes
- Apêndice H** Imagens Relativas ao 2º Encontro da Atividade Educacional

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Odontólogos



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de mestrado intitulada “Educação em saúde bucal e sua relação com a promoção da saúde”. Objetiva-se contribuir para o aprimoramento de práticas educativas em saúde bucal em prol da aprendizagem mais crítica e significativa, sobretudo, da comunidade escolar dos Institutos Federais.

É importante ressaltar que você não precisa participar desta pesquisa se não quiser e que também pode retirar seu consentimento de participação a qualquer momento. Portanto, a decisão em não participar da pesquisa ou de uma eventual desistência não acarretará em nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou com a instituição proponente (IFES).

A participação nesta pesquisa não gerará nenhum custo aos seus colaboradores, bem como não haverá compensação financeira aos mesmos.

Ao aceitar integrar à pesquisa, sua participação consistirá em responder ao questionário (disponibilizado em anexo), onde os dados serão coletados automaticamente de forma on-line pela própria plataforma.

Ao responder o questionário, você não terá nenhum benefício direto ou imediato, no entanto, por meio desta pesquisa, espera-se contribuir para práticas educativas em saúde bucal numa perspectiva mais contextualizada com os Institutos Federais.

Os participantes desta pesquisa não serão identificados e os dados coletados serão utilizados na forma de dissertação, bem como poderão ser apresentados em eventos ou publicações científicas. Dessa forma, podemos garantir aos sujeitos participantes que, em nenhum momento, durante os processos de análise e divulgação dos resultados, os mesmos terão as identidades reveladas.

Os dados coletados constituirão um banco de dados que ficará sob a guarda do pesquisador assistente do projeto por cinco anos. Depois desse prazo, os dados serão destruídos.

Aos participantes desta pesquisa será garantido o acesso, a qualquer momento, aos resultados da mesma. Para tanto, o colaborador deverá conceder o seu consentimento neste TCLE.

Considera-se que o risco suscetível de ocorrer é mínimo e baseado numa possível manifestação de embaraço ou constrangimento ao responder o questionário, situação na qual o participante deverá contatar, previamente, os pesquisadores e o CEP responsável (através dos endereços e/ou contatos abaixo disponibilizados) para quaisquer esclarecimentos e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Tendo esgotado essas possibilidades, o (a) participante poderá solicitar indenizações em relação aos possíveis danos causados.

Por fim, esclarecemos que esta pesquisa é pautada nos critérios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com as orientações da CONEP/CNS em suas resoluções 466/12, 510/2016 e pelos critérios estabelecidos na Norma Operacional 001/2013.

Esse TCLE encontra-se em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador assistente e a outra deverá permanecer com o participante.

Desde já, agradecemos!

Pesquisador assistente: Sílvio de Oliveira Alves (Odontólogo)

IFES campus Santa Teresa – Rodovia ES-080, Km 93, s/n – São João de Petrópolis, Santa Teresa – ES,

29660-000 / E-mail: ifes.soa@gmail.com / Telefone: (27) 3259-7878 – ramal 7852

Pesquisadora responsável / Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra Maria Gomes Thomé

UFRRJ – BR 465 – Km 7 – Seropédica – RJ – Brasil CEP: 23897-000 / Telefone: (21) 2661-4610

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Espírito Santo

Av. Rio Branco, nº 50 – Santa Lúcia – Vitória – ES – CEP: 29056-255 / E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br / Telefone: (27) 3357-7518

Santa Teresa, 16 de fevereiro de 2019.

Sílvio de Oliveira Alves

Eu, _____, portador (a) do documento

_____, fui informado (a) do objetivo e condições da pesquisa intitulada “Educação em saúde bucal e sua relação com a promoção da saúde” de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão em participar, se assim o desejar. Sendo assim, concordo em participar.

Data

Assinatura

Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 1/3)

QUESTIONÁRIO

Desenvolvido e disponibilizado pelo aplicativo Google Forms ©

- (*) Apenas uma alternativa é admitida.
(**) Mais de uma alternativa é admitida.

Selecione a UF onde está localizado o Instituto no qual está desenvolvendo suas atividades: (*)
 AC AL AP AM BA CE DF ES GO MA MT MS MG PA PB PR PE
 PI RJ RN RS RO RR SC SP SE TO

SEÇÃO 1

- 01- Há quanto tempo desenvolve suas atividades nos Institutos Federais (ou nas escolas e centros de educação que antecederam a criação destes Institutos)? (*)
- a) Menos de 1 ano.
b) Entre 1 e 3 anos.
c) Entre 3 e 10 anos.
d) Mais de 10 anos.
- 02- Quais são as maiores demandas referentes ao setor de odontologia de seu *campus*? (*)
- a) Tratamento em função da cárie dentária.
b) Tratamento referente à doença periodontal.
c) Lesões de tecido mole.
d) Urgência odontológica.
e) Ações preventivas de saúde bucal.
f) Outras.
- 03- Qual (is) ação (ões) você desenvolve em seu *campus* no âmbito do atendimento à comunidade escolar? (*)
- a) Atendimento odontológico exclusivamente clínico.
b) Atendimento odontológico clínico e ações de educação em saúde bucal.
c) Ações exclusivas de educação em saúde bucal.
d) Outras.
- 04- Você recebeu algum tipo de capacitação em relação à formação em Promoção da Saúde, ou ainda, teve algum tipo de treinamento quanto às orientações ou práticas promotoras de saúde? (*)
- a) Não.
b) Sim, durante o curso de graduação.
c) Sim, durante curso (s) de pós-graduação (*lato sensu* e/ou *stricto sensu*).
d) Sim, durante a atuação no Programa Saúde da Família.
e) Sim, outro (s).
- 05- Você buscou capacitação externa para trabalhar com educação em saúde bucal no Instituto Federal? (*)
- a) Não.
b) Sim.



- Caso o participante tenha selecionado a primeira opção entre as alternativas dispostas na questão 03, segue o direcionamento à SEÇÃO 3 e, posteriormente, à SEÇÃO 4.
→ Para qualquer outra opção assinalada nesta mesma questão, segue o direcionamento à SEÇÃO 02 e, subsequentemente, às SEÇÕES 3 e 4.

SEÇÃO 2

- 06- A qual (is) público (s) são destinadas as ações educativas em saúde bucal? (**)
- a) Acadêmicos de nível médio/técnico.
b) Acadêmicos da graduação.
c) Servidores.
d) Outro (s).
- 07- Qual critério é levado em consideração para se determinar os temas abordados sobre a educação em saúde bucal em seu *campus*? (*)
- a) Critério local, baseado nas principais demandas da população assistida.
b) Modelo epidemiológico de fatores de risco.
c) Outro (s).

Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 2/3)

- 08- Essencialmente, por qual tipo de recurso educativo ou estratégia de ensino, a prática de educação em saúde bucal é conduzida? (*)
- a) Palestras e/ou campanhas motivacionais sobre prevenção e manutenção da saúde bucal.
 - b) Orientação e/ou instrução individualizada a partir da demanda espontânea.
 - c) Práticas dialógicas e participativas que consideram as experiências dos sujeitos envolvidos.
 - d) Estimulação de práticas e hábitos saudáveis de higiene bucal.
 - e) Outro (s).
- 09- Quanto à abordagem dos temas programados de educação em saúde bucal, como ela é realizada? (*)
- a) De forma individual.
 - b) Em grupo (até 10 componentes).
 - c) Em grupo (de 11 a 20 componentes).
 - d) Em grupo (de 21 a 30 componentes).
 - e) Em grupo (acima de 30 componentes).
- 10- Sobre a questão anterior, com qual frequência ocorrem as ações de educação em saúde bucal? (*)
- a) Ocorrem de forma assistemática.
 - b) Mensalmente.
 - c) Semestralmente.
 - d) Anualmente.
 - e) Outra.
- 11- Há o envolvimento de outros profissionais nas práticas educativas em saúde bucal desenvolvidas em seu campus? (**)
- a) Não.
 - b) Sim. Outros odontólogos.
 - c) Sim. Outros profissionais de categorias diferentes.
 - d) Sim. Profissionais com cargo de chefia e/ou direção.

SEÇÃO 3

- 12- Qual a porcentagem da reincidência da cárie dentária no público assistido? (*)
- a) Até 10%.
 - b) De 11% a 20%.
 - c) De 21% a 30%.
 - d) De 31% a 40%.
 - e) Mais de 40%.
 - f) Não se aplica, pois não é/foi realizado um registro neste sentido.
- 13- Sobre a questão anterior, qual índice ou indicador foi levado em consideração para esta avaliação? (*)
- a) Índice CPO-D.
 - b) Índice CPO-S.
 - c) Índice de Sioman.
 - d) Índice de Mellanby.
 - e) Outro.
 - f) Não se aplica, pois não é/foi realizado um registro neste sentido.
- 14- Qual a porcentagem da reincidência da doença periodontal no público assistido? (*)
- a) Até 10%.
 - b) De 11% a 20%.
 - c) De 21% a 30%.
 - d) De 31% a 40%.
 - e) Mais de 40%.
 - f) Não se aplica, pois não é/foi realizado um registro neste sentido.
- 15- Sobre a questão anterior, qual índice ou indicador foi levado em consideração para esta avaliação? (*)
- a) CPI.
 - b) ISG.
 - c) IHO-S.
 - d) IBV.
 - e) Outro.
 - f) Não se aplica, pois não é/foi realizado um registro neste sentido.

Apêndice B – Questionário I – Odontólogos (Parte 3/3)

SEÇÃO 4

- 16- Como se dá o processo de planejamento das ações de educação em saúde bucal em seu *campus*?
- 17- Em sua opinião, quais são os principais desafios para a educação em saúde bucal nos Institutos Federais?
- 18- De que forma acredita ser possível avançar nas ações educativas em saúde bucal nos Institutos Federais?
- 19- Descreva uma possível ação/programa/intervenção de educação em saúde bucal que você tenha desenvolvido, cujos resultados não foram satisfatórios em sua avaliação, e o por quê não foram convincentes.
- 20- Descreva uma possível ação/programa/intervenção de educação em saúde bucal que você tenha desenvolvido e considere exitosa e/ou relevante, relatando também os motivos pelos quais contribuíram para esta opinião favorável.

Apêndice C – Carta de Anuência para Realização de Pesquisa – Institutos Federais



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS SANTA TERESA

Rodovia ES 000 - km 90 - São João de Petrópolis - 29000-000 - Santa Teresa - ES

27 3259 7070

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Excelentíssimo (a) Senhor (a) _____

Reitor (a) do Instituto Federal _____

Considerando que este Instituto faz parte da amostra de minha pesquisa de mestrado, uma vez que possui odontólogos em seu quadro funcional, vimos por meio desta, solicitar **anuência institucional para coleta de dados**. A referida pesquisa intitulada *"Educação em saúde bucal e sua relação com a promoção da saúde"* será desenvolvida pelo discente **Sílvio de Oliveira Alves** do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Agrícola da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, sob a orientação da Prof.ª Dra. **Sandra Maria Gomes Thomé**.

O objetivo geral desta pesquisa consiste em contribuir com o desenvolvimento de práticas educativas em saúde bucal no âmbito dos Institutos Federais visando à aprendizagem mais crítica, resultando no fortalecimento da autonomia dos sujeitos no sentido da aquisição hábitos saudáveis e condutas mais efetivas de autocuidado com a saúde bucal. Como objetivos específicos, a pesquisa apresenta: 1- levantar as ações de educação em saúde bucal desenvolvidas pelos odontólogos nos Institutos Federais; 2- caracterizar as eventuais práticas educativas em saúde bucal que se norteiam nos preceitos da promoção da saúde; 3- verificar a eficiência das práticas educativas segundo as diferentes estratégias adotadas: de prevenção e promoção da saúde; 4- desenvolver uma atividade educacional-piloto em saúde bucal com base nos resultados da pesquisa para propor à comunidade escolar dos Institutos Federais.

O instrumento de pesquisa consiste em um questionário *on-line* que será disponibilizado aos odontólogos dos Institutos Federais que aceitarem participar da pesquisa e que estiverem lotados nos *campi* onde houver autorização para realização da pesquisa.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 e 510/2016 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Ressaltamos ainda que tais dados serão utilizados somente para realização deste estudo e que não haverá custos para esta instituição.

Agradecemos antecipadamente a atenção.

Santa Teresa, 12 de novembro de 2018.

Sílvio de Oliveira Alves

Pesquisador Assistente

() Concordamos com a coleta de dados neste Instituto () Não concordamos com a coleta de dados neste Instituto

Reitor (a) do Instituto Federal _____ ou responsável pela autorização

Apêndice D – Parâmetros Empregados para Caracterização das Práticas de Educação em Saúde Bucal

Segundo o referencial teórico adotado na pesquisa para os conceitos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças

Referência aplicada:

- Código "0" = práticas de Promoção de Saúde;
- Código "1" = práticas de Prevenção de Doenças.

Questionário I – Aplicado aos Odontólogos

SEÇÃO 2

- ✓ Questão 06 – (a qual foi disponibilizada a marcação múltipla de alternativas, como resposta):
 > Marcação de todas as opções disponíveis = "0" / Marcação simples ou quaisquer alternadas = "1".
- ✓ Questão 07 – (marcação simples):
 > a= "1" / b= "0" / c= "1".
- ✓ Questão 08 – (marcação simples):
 > a= "1" / b= "1" / c= "0" / d= "1" / e= "1".
- ✓ Questão 09 – (marcação simples):
 > a= "1" / b= "0" / c= "0" / d= "0" / e= "0".
- ✓ Questão 10 – (marcação simples):
 > a= "1" / b= "0" / c= "1" / d= "1" / e= "1".
- ✓ Questão 11 – (a qual foi disponibilizada a marcação múltipla de alternativas, como resposta):
 > a= "1" / b= "1" / d= "1" / b+d= "1" / c= "0" / c+b= "0" / c+d= "0" / c+b+d= "0".

Soma	Caracterização
0	Práticas educativas totalmente identificadas com a Promoção da Saúde
1 a 2	Práticas educativas predominantes de Promoção de Saúde
3	Práticas híbridas de educação (Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças)
4 a 5	Práticas educativas predominantes de Prevenção de Doenças
6	Práticas educativas totalmente identificadas com a Prevenção de Doenças

Simulação da caracterização das práticas educativas em saúde bucal:

	Questão 6	Questão 7	Questão 8	Questão 9	Questão 10	Questão 11	Soma	Caracterização
Odontólogo 01	0	0	0	0	0	0	0	Práticas educativas totalmente identificadas com a Promoção da Saúde
Odontólogo 02	0	1	0	0	0	0	1	Práticas educativas predominantes de Promoção de Saúde
Odontólogo 03	0	1	0	1	0	0	2	Práticas educativas predominantes de Promoção de Saúde
Odontólogo 04	0	1	0	1	0	1	3	Práticas mistas de educação (de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças)
Odontólogo 05	1	0	1	0	1	1	4	Práticas educativas predominantes de Prevenção de Doenças
Odontólogo 06	1	0	1	1	1	1	5	Práticas educativas predominantes de Prevenção de Doenças
Odontólogo 07	1	1	1	1	1	1	6	Práticas educativas totalmente identificadas com a Prevenção de Doenças
(...)								

Apêndice E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) – Estudantes



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Prezado (a),

Gostaríamos de convidar você para participar de uma atividade educacional de saúde bucal – vinculada à pesquisa de mestrado intitulada “Educação em saúde bucal e sua relação com a promoção da saúde” – que será realizada no Instituto Federal do Espírito Santo – IFES campus Santa Teresa.

A referida atividade abordará o tema “Placa Bacteriana” a partir da integração de saberes de diferentes setores do campus. Na sessão prática, haverá evidênciação de placa dentária, coleta de amostra e cultivo da mesma.

Ao participar desta atividade, você não terá nenhum benefício imediato, no entanto, espera-se contribuir para o aprimoramento das práticas educativas em saúde bucal no sentido da aprendizagem cada vez mais significativa e eficiente na escola que você estuda.

Ressalta-se que você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para desistir da atividade a qualquer momento.

Caso não queira participar, garantimos que não haverá qualquer prejuízo para você na forma como é atendido (a) na Coordenadoria Ambulatorial.

Seu nome, bem como o material coletado, não serão identificados. Ainda: os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Considera-se que o risco suscetível de ocorrer é mínimo e baseado numa possível manifestação de embaraço ou constrangimento durante a atividade prática ou quando responder o questionário, situações nas quais, o participante deverá contatar, previamente, os pesquisadores e o CEP responsável (através dos endereços e contatos abaixo disponibilizados) para quaisquer esclarecimentos e pode desistir de participar da atividade educacional a qualquer momento. Tendo esgotado essas possibilidades, o (a) participante poderá solicitar indenizações em relação aos possíveis danos causados.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este prazo, os dados serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo as resoluções n.º 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Desde já, agradecemos!

Pesquisador assistente: **Sílvio de Oliveira Alves (Odontólogo)**

IFES campus Santa Teresa – Rodovia ES-080, Km 93, s/n – São João de Petrópolis, Santa Teresa – ES

29660-000 / E-mail: ifes.soa@gmail.com / Telefone: (27) 3259-7878 – ramal 7852

Pesquisadora responsável / Orientadora: Prof.ª. Dra. Sandra Maria Gomes Thomé

UFRRJ – BR 465 – Km 7 – Seropédica – RJ – Brasil CEP: 23897-000 / Telefone: (21) 2681-4610

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Espírito Santo

Av. Rio Branco, nº 50 – Santa Lúcia – Vitória – ES – CEP: 29056-255 / E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br / Telefone: (27) 3357-7518

Santa Teresa/ES, 03 de setembro de 2019.

Sílvio de Oliveira Alves

Eu, _____, portador (a) do documento _____, fui informado (a) do objetivo e condições da atividade proposta de maneira clara e detalhada. Sei que, a qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar a qualquer momento. Assim, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Data

Assinatura do (a) menor

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsáveis Legais



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS RESPONSÁVEIS - TCLE

Prezado (a),

O (a) estudante _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma atividade educacional em saúde bucal no IFES/ST, referente à pesquisa de mestrado intitulada "Educação em saúde bucal e sua relação com a promoção da saúde". Por meio desta, pretende-se contribuir com o desenvolvimento de práticas educativas em saúde bucal voltadas ao aprendizado mais significativo e contextualizado com o ambiente institucional.

Importante ressaltar que o (a) menor não precisa participar desta atividade se não quiser e, tanto ele (a) quanto você, pode desistir desta participação a qualquer momento. Portanto, a decisão de não participar da atividade ou de uma eventual desistência não acarretará em nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou com a instituição proponente (IFES/ST).

O (a) menor e você não terão nenhum custo, nem receberão qualquer vantagem financeira para participar desta atividade/pesquisa.

Caso você concorde com a participação dele (a), vamos fazer as seguintes atividades práticas: evidênciação de placa bacteriana da cavidade oral do (a) estudante, coleta de uma amostra de placa dentária e cultivo sem identificação dos participantes – tudo realizado no laboratório institucional do campus.

Ao participar desta pesquisa, o (a) menor não terá nenhum benefício direto ou imediato. No entanto, por meio desta pesquisa, espera-se contribuir para práticas educativas em saúde bucal mais efetivas.

Os participantes desta pesquisa não serão identificados e os dados coletados serão utilizados na forma de dissertação bem como poderão ser apresentados em eventos ou publicações científicas. Dessa forma, podemos garantir que, em nenhum momento, durante os processos de análise e divulgação dos resultados, os participantes terão as suas identidades reveladas ou expostas.

As informações coletadas constituirão um banco de dados que ficará sob a guarda do pesquisador-assistente por cinco anos. Depois desse prazo, os dados serão destruídos.

Entende-se que o risco da atividade é mínimo e baseia-se numa possível manifestação de embaraço ou constrangimento ao participar da atividade, situação na qual o (a) participante ou seu responsável legal deverá contatar, previamente, os pesquisadores e o Comitê de Ética em Pesquisa do IFES (através dos endereços e contatos abaixo disponibilizados) para quaisquer esclarecimentos. Após isso, caso seja o caso, o responsável legal pelo (a) participante poderá solicitar indenização em relação ao possível dano causado.

Esclarecemos ainda que essa atividade, como parte integrante da pesquisa descrita, é pautada nos critérios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com as orientações da CONEP/CNS em suas Resoluções 488/12, 510/2016 e pelos critérios estabelecidos na Norma Operacional 001/2013.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador assistente e a outra deverá permanecer de posse do responsável pelo (a) menor.

Desde já, agradecemos!

Pesquisador assistente: Sílvio de Oliveira Alves (Odontólogo)

IFES campus Santa Teresa – Rodovia ES-080, Km 83, s/n – São João de Petrópolis, Santa Teresa – ES 29860-000 / E-mail: ifes.soa@gmail.com / Telefone: (27) 3259-7878 – ramal 7852

Pesquisadora responsável / Orientadora: Prof.ª Dra. Sandra Maria Gomes Thomé

UFRRJ – BR 465 – Km 7 – Seropédica – RJ – Brasil CEP: 23897-000 / Telefone: (21) 2681-4610

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Espírito Santo

Av. Rio Branco, nº 50 – Santa Lúcia – Vitória – ES – CEP: 29056-255 / E-mail: etica.pesquisa@ifes.edu.br / Telefone: (27) 3357-7518

Santa Teresa/ES, 03 de setembro de 2019.

Sílvio de Oliveira Alves

Eu, _____, portador (a) do documento _____, fui informado (a) do objetivo e condições da atividade proposta "Educação em saúde bucal integrada" de maneira clara e detalhada. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações ou posso retirar minha autorização, se assim o desejar. Sendo assim, concedo a referida anuência.

Data

Assinatura do (a) responsável

Apêndice G – Questionário II – Estudantes

As questões abaixo se referem à atividade “EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL INTEGRADA”, realizada no IFES *campus* Santa Teresa, a qual você participou. Esta coleta de dados pretende obter informações para a pesquisa de mestrado intitulada “Educação em Saúde Bucal na perspectiva da Promoção da Saúde”.

- Utilize o verso da página, se necessário!

01) Você participou da atividade prática desenvolvida no laboratório de Microbiologia?

- () Sim.
() Não.

02) Você considera conveniente que os temas sobre saúde bucal – tratados, geralmente, de forma exclusiva pelo cirurgião-dentista – sejam tratados, por este profissional juntamente com o corpo docente, no contexto das disciplinas de sua grade curricular?

- () Sim.
() Não.

03) De alguma forma, a atividade prática realizada no laboratório contribuiu para um maior entendimento sobre o assunto tratado?

- () Sim.
() Não.

Por quê? _____

04) A atividade educacional em foco gerou algum impacto em você a ponto de alterar algum (s) hábito (s)? Qual (is) e por quê?

05) “Práticas educacionais que tratam assuntos da área da saúde (como a focalizada) favorecem a aprendizagem pelo (a) aluno (a) por serem participativas, por associarem a teoria à prática e por estarem integradas às disciplinas regulares dos estudantes; sendo por isso mais interessantes que as práticas tradicionais empregadas”. Sobre isso, você:

- () Concorda totalmente.
() Discorda totalmente.
() Considera indiferente.
() Concorda parcialmente. Por quê? _____

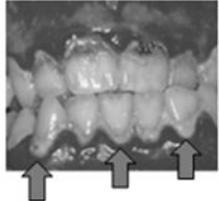
Obrigado por sua colaboração!

Apêndice H – Imagens Relativas ao 2º Encontro da Atividade Educacional (Parte 1/2)

O que é Placa Bacteriana?

Conhecida também como Placa Dental ou Biofilme.

Bactérias da flora bucal
+
Células da mucosa em descamação
+
Restos de alimentos nas superfícies dos dentes



Atividade Desenvolvida

Laboratório de Microbiologia – Ifes/ST
15 alunos - 28 ano "B" – Técnico-Integrado
Outubro/2019



Evidenciação de placa bacteriana com fucsina.



Placa bacteriana evidenciada.



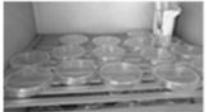
Registro de IHOS.



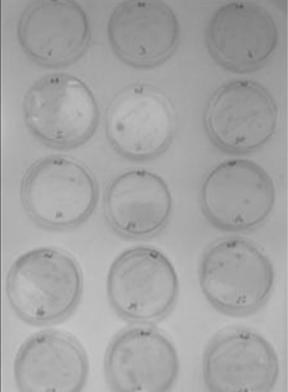
Coleta de placa bacteriana.



Cultivo do biofilme em placa de Petri.



Meio de cultivo (ágar-nutriente) e condições ideais de temperatura = 37° c (estufa) por 1 semana.



Resultado: 100% positivo para presença de bactéria cariogênica.

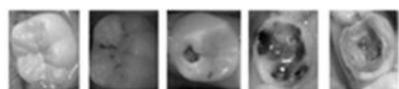
CQD

O que é a CÁRIE DENTÁRIA?

Cárie Inicial (Mancha Branca)

Cárie Já Com Cavidade Formada

É a desmineralização do dente, que ocorre quando tipos específicos de bactérias produzem ácidos que destroem o esmalte do dente e a camada do dente logo abaixo dela, a dentina.

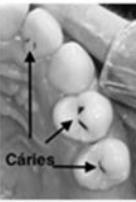


Evolução Processo Carioso

CÁRIE ESTÁGIO INICIAL CÁRIE ESTÁGIO AVANÇADO COMPROMETIMENTO PULPAR/ABCESSO

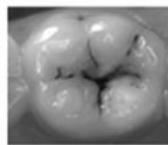
Cárie – Estágio Inicial





Cáries

Cárie – Estágio Avançado


Apêndice H – Imagens Relativas ao 2º Encontro da Atividade Educacional (Parte 2/2)

Cárie – Comprometimento Pulpar

This block illustrates the progression of dental caries. It includes a cross-sectional diagram of a tooth showing the pulp chamber and root canal. Accompanying clinical and radiographic images show the caries process starting in the enamel, penetrating the dentin, and eventually reaching the pulp chamber, which is indicated by a black arrow in one of the photos.

Abscesso Pulpar

This block shows a periapical abscess. Clinical photos show a white, swollen area on the gingiva above the tooth, with a white arrow pointing to the site. Radiographic images show a dark, radiolucent area at the apex of the tooth, with a black arrow pointing to it, indicating the location of the abscess.

O que é Doença Periodontal (Gengivite X Periodontite) ?

Por definição...

Gengivite: inflamação da gengiva.

Periodontite: inflamação do ligamento periodontal.

Evolução da Doença Periodontal

GENGITE → PERIODONTITE

The diagram illustrates the progression of periodontal disease through four stages: Gengivite (initial inflammation of the gingiva), Inicial (early bone loss), Moderada (moderate bone loss), and Avançada (advanced bone loss). The label 'PERIODONTITE' is placed under the last three stages.

Gengivite

Sinais: rubor, edema, sangramento e dor (provocada).

This block shows clinical signs of gingivitis. Photos include red, swollen gingiva (rubor and edema) and bleeding from the gingiva during brushing (sangramento). A black arrow points to the inflamed gingiva in one of the photos.

Periodontite

É a evolução da gengivite.

This block shows advanced periodontitis. Clinical photos show significant gingival recession and exposed roots. Radiographic images show severe horizontal and vertical bone loss around the teeth, with black arrows pointing to the areas of bone loss.

Prevenção da Cárie e Doença Periodontal

This block focuses on prevention. It shows a woman brushing her teeth and a close-up of a toothbrush. Below, there is a crossed-out image of sugary snacks and drinks, indicating that avoiding these items is a key preventive measure.

Técnica de Escovação - Bass

The diagram illustrates the six steps of the Bass brushing technique:

- Position the toothbrush 45 degrees to the tooth surface.
- Engage the bristles in the sulcus.
- Move the toothbrush in a circular motion.
- Repeat the circular motion for the adjacent tooth.
- Repeat the circular motion for the adjacent tooth.
- Repeat the circular motion for the adjacent tooth.

8 ANEXO

Anexo A Autorização da Pesquisa no Ifes *campus* Santa Teresa

Anexo A – Autorização da Pesquisa no Ifes *campus* Santa Teresa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo
CAMPUS SANTA TERESA

PORTARIA Nº 409, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

A DIRETORA GERAL DO CAMPUS SANTA TERESA DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, nomeada pela Portaria nº 3.281, de 22.11.2017, da Reitoria - Ifes, publicada no DOU de 23.11.2017, seção 2, página 19, no uso de suas atribuições legais, considerando a delegação de competência pela Portaria nº 1.070, de 05.06.2014 e os termos do Processo nº 23156.000454/2019-21,

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar SILVIO DE OLIVEIRA ALVES, matrícula SIAPE 1970012, ocupante do cargo de Odontólogo, a realizar o Projeto de Pesquisa intitulado "Educação em Saúde Bucal Integrada" no âmbito do Ifes Campus Santa Teresa como parte das atividades do Mestrado Interinstitucional (Minter) objeto de parceria firmada entre o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo e o Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola ofertado pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

WALKYRIA BARCELOS SPERANDIO
Diretora Geral

A stylized digital signature in black ink, appearing to be the initials 'WBS'.