



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

SANDRA REGINA IMADA AKIMURA

PROCESSO EDUCATIVO PARA ESCOLARES ADOLESCENTES
SOBRE SAÚDE BUCAL

DOURADOS – MS
2020

Sandra Regina Imada Akimura

**PROCESSO EDUCATIVO PARA ESCOLARES ADOLESCENTES
SOBRE SAÚDE BUCAL**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, como exigência para obtenção do título de Mestra em Ensino em Saúde.

Orientadora: Dr^a Vivian Rahmeier Fietz.

**DOURADOS – MS
2020**

A269p Akimura, Sandra Regina Imada

Processo educativo para escolares adolescentes sobre
saúde bucal / Sandra Regina Imada Akimura. – Dourados, MS:
UEMS, 2020..

125 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde –
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2020.

Orientadora: Prof. Dra. Vivian Rahmeier Fietz.

1. Saúde bucal 2. Ensino em saúde 3. Processo educativo
4. Escolares I. Título.

CDD 23. ed. – 617.64

SANDRA REGINA IMADA AKIMURA

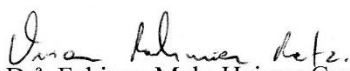
PROCESSO EDUCATIVO PARA ESCOLARES ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE BUCAL


Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 26 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^ª Dr.^ª Vivian Rahmeier Fietz – UEMS


Prof.^ª Dr.^ª Fabiane Melo Heinen Ganassin - UEMS
(participação à distância por videoconferência)


Prof. Dr. Alcides Moreira – UNIGRAN
(participação à distância por videoconferência)

Ao meu amado esposo Marcelino.

Aos meus filhos, Igor e Felipe, razões do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pelo dom da vida.

Gratidão eterna à minha querida orientadora Dra Vivian Rahmeier Fietz, pela sua dedicação ao trabalho, pela sua honestidade e pelo seu carinho.

Agradeço à minha família, que nunca pouparam esforços para que meus sonhos sejam concretizados.

Agradeço a todos os meus professores do PPGES pelos preciosos ensinamentos.

Agradeço aos meus colegas mestrandos, companheiros dessa trajetória.

Agradeço aos escolares e à comunidade escolar da Escola Maria da Glória Muzzi Ferreira, pois sem eles, não seria possível a realização deste projeto.

Agradeço a todos que me auxiliaram nas ações educativas: profissionais de saúde, mestrandos e acadêmicos.

.

AKIMURA, Sandra Regina Imada. **Processo educativo para escolares adolescentes sobre saúde bucal**. 2020. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, 2020.

RESUMO

As ações de promoção de saúde foram ampliadas após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação do cirurgião-dentista passou a ser multidisciplinar, incorporando ações interdisciplinares e intersetoriais. No entanto, nem sempre o profissional de saúde está preparado ou recebeu treinamento durante sua formação, para realizar práticas educativas de saúde bucal com escolares, sobretudo adolescentes, de maneira interativa e reflexiva. Objetivou-se com este trabalho construir um processo educativo sobre saúde bucal entre escolares adolescentes do Ensino Fundamental II em uma escola pública no município de Dourados/MS. Tratou-se de uma investigação de natureza qualitativa, do tipo descritiva, sendo adotada a pesquisa-ação, de acordo com Thiollent, e a educação dialógica problematizadora segundo Freire. As atividades foram desenvolvidas entre 23 escolares do 7º ano do Ensino Fundamental II de uma escola pública adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a pesquisadora atua. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2019, utilizando o método de conveniência, por meio de questionário semiestruturado e entrevistas face a face, individuais e coletivas, que foram áudio gravadas e transcritas. A interpretação do material foi apoiada na análise de conteúdo temático de Bardin, que subsidiou a construção de Projeto de Extensão e de um produto em formato de Sequência Didática Interativa (SDI). A SDI foi produzida a partir de informações e necessidades dos escolares, utilizando a roda de conversa. Participaram da pesquisa 23 discentes, sendo 14 meninas e nove meninos, com idade entre 11 e 15 anos, configurando-se no estágio de vida da adolescência. No tocante à renda familiar notou-se que houve variação de R\$ 1.000,00 a R\$ 5.000,00, vivendo dessa quantia entre três e oito pessoas. A escolaridade das mães foi superior quando comparada a dos pais. Com as entrevistas e a análise do conteúdo, emergiram duas categorias: uma foi a escola, caracterizada como um importante espaço de construção e aprendizagem; e a outra foi a utilização de oficinas pedagógicas e participativas enquanto método para os escolares expressarem suas vivências, conhecimento e desenvolvimento de novos conceitos e hábitos para realização e manutenção da saúde bucal. As oficinas educativas foram implementadas de maneira dialógica, interativa e reflexiva, originando a SDI direcionada aos profissionais para executar ações de promoção da saúde bucal. Inicialmente, percebeu-se a necessidade de trazer o escolar para perto, conquistar sua confiança e, principalmente, utilizar métodos pedagógicos diferentes dos que estavam habituados para melhorar o manejo em sala de aula. Assim, foi possível desempenhar ações educativas de saúde bucal de maneira intersetorial, com comprometimento de toda a comunidade escolar e outros profissionais da área da saúde e com a participação e o envolvimento ativo dos educandos, como protagonistas das atividades.

Palavras-chave: Promoção da Saúde Escolar; Saúde Bucal; Adolescente.

AKIMURA, Sandra Regina Imada. **Educational process for adolescent students about oral health**. 2020. 125 p. Dissertation (Master's in Health Education) – State University of Mato Grosso do Sul, Dourados, 2020.

ABSTRACT

The health promotion actions were expanded after the implantation of the Unified Health System (SUS), and the dentist's performance became multidisciplinary, incorporating interdisciplinary and intersectoral actions. However, the health professional is not always prepared or received training during his studies to carry out educational oral health practices with school-age individuals, especially adolescents, interactively, and reflectively. The objective of this study was to build an educational process on oral health among adolescent students of an elementary public school, in the city of Dourados/MS. It was a qualitative, descriptive investigation, and it was adopted the action research, according to Thiollent, and problematization dialogic education approach, according to Freire. The activities were carried out with 23 students from the 7th grade of the Elementary School from a public school assigned to the Basic Health Unit (UBS), where the researcher works. The data collection took place between March and June 2019, using the convenience method through a semi-structured questionnaire and individual and collective interviews, which were audio-recorded and transcribed. The interpretation of the material was supported by the analysis of thematic content by Bardin, which supported the construction of an Extension Project and a product in the format of Interactive Didactic Sequence (SDI). The SDI was produced from the information and needs of the students, using group conversations. Twenty-three students participated, being 14 girls and nine boys aged between 11 and 15 years, configuring themselves in the adolescence stage of life. Regarding family income, it was noted that there was a variation from R \$ 1,000.00 to R \$ 5,000.00 living from this amount between three to eight people. The education of the mothers was higher when compared to the parents. From the interviews and content analysis, two categories emerged: one was the school characterized as an essential space for construction and learning; and the other, was the use of pedagogical and participatory workshops as a method for students to express their experiences, knowledge, and development of new concepts and habits for the realization and maintenance of oral health. The educational workshops were implemented in a dialogical, interactive, and reflective way, which originated the SDI directed to professionals to perform actions to promote oral health. Initially, it was realized the need to bring the student closer and gain their trust and, mainly, to use pedagogical methods different from what they were used to, to improve the management in the classroom. Thus, it was possible to perform oral health educational actions in an intersectoral way, with the involvement of the entire school community and other health professionals, with the participation and active commitment of students as protagonists of the activities.

Keywords: School Health Promotion; Oral Health; Adolescent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Círculo hermenêutico dialético (CHD)	28
Figura 2 – Macro modelo de materiais recicláveis.....	69
Figura 3 – Parte interna de um dente em material isopor	73
Figura 4 – Construção de um processo da formação da cárie	74
Figura 5 – Macro modelo de materiais recicláveis ilustrando tecidos periodontais saudáveis e dentes – Aberto e fechado	77
Figura 6 – Materiais recicláveis utilizados na dinâmica de avaliação.....	79
Figura 7 – Na sequência ilustra: a) Estomatite Nicotínica, b) Fibrose Submucosa Oral, c) Carcinoma Verrucoso e d) Ceratose ocasionada por tabaco	83
Figura 8 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 1	89
Figura 9 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 2.....	90
Figura 10 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 3	90
Figura 11 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 4.....	91
Figura 12 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 6.....	92
Figura 13 – Dente personagem A e B.....	96
Figura 14 – Dente personagem	96
Figura 15 – Dente personagem A e B.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos escolares entrevistados em uma escola de Dourados (MS), no período de março a junho de 2019.....	32
Tabela 2 – Categorias e Subcategorias, resultado da construção coletiva, de escola de Dourados (MS), no período de março a junho de 2019	38
Tabela 3 – Frequência de escovação de dentes, escolares entrevistados em uma escola de Dourados (MS), março a junho de 2019.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Círculo Hermenêutico Dialético
CPOD	Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde MS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SDI	Sequência Didática Interativa
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 Educação em saúde na escola	15
3.2 Considerações históricas da promoção de saúde bucal na escola.....	17
3.3 Estratégias para práticas educativas em saúde bucal na escola	20
3.4 Sequência Didática Interativa (SDI)	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	24
4.1 Delineamento da pesquisa.....	24
4.2 Local do estudo	25
4.3 Participantes da coleta de dados e oficinas educativas	25
4.4 Aspectos Éticos.....	26
4.5 Coleta de dados	26
4.6 Análise dos dados	27
4.7 Construção do processo educativo: Sequência Didática Interativa (SDI)	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 Caracterização geral dos participantes.....	32
5.2 Análise das questões abertas das entrevistas e rodas de conversa	35
5.2.1 Categorias e Subcategorias.....	37
5.3 Oficinas Pedagógicas.....	68
5.4 Construção de teatro: síntese ou ideia geral construída pelos escolares	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	114
ANEXOS.....	122

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) ampliou as ações de promoção de saúde. A integralidade da assistência ficou determinada como um dos princípios do SUS, sendo um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo considerada estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica. A saúde bucal foi incluída no PSF a partir de 2000 (BRASIL, 2000) e o trabalho isolado do cirurgião-dentista dentro do seu consultório incorporou ações multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais.

A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), implantada em 2006 e reformulada em 2011 e 2017, visa efetivar a integralidade, articulando ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação com redução de danos e cuidados paliativos e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2017a), sendo que esta prevê a necessidade de interação intersetorial.

A integração entre os setores da saúde e educação foi reafirmada através da instituição do PSE (Programa Saúde na Escola) em 2007, e esta estratégia considera a interação como parte de uma formação ampla para a cidadania e visa promover a articulação de saberes, a participação dos alunos e responsáveis, professores e funcionários da escola e da comunidade em geral para a efetivação dessa política pública (BRASIL, 2007).

Assim, no contexto escolar, as ações de promoção de saúde bucal devem atender a uma visão integral ao estudante para alcançar as ações preconizadas pelas políticas instituídas. No entanto, necessita-se prestar atenção e observar os escolares não somente como índices e números da atenção básica, mas também visualizando estes alunos no contexto de todos os níveis de atenção; condição que poderá impactar na saúde bucal e como um todo futuramente.

Embora a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos sejam objetivos das políticas públicas de saúde, as ações de recuperação da saúde ainda são muito presentes. Ações educativas coletivas em saúde bucal requerem menos recursos financeiros e humanos do que ações de recuperação da saúde bucal, mas ainda contemplam mais as crianças que os adolescentes (SILVA et al., 2018). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002) preconizam também a formação de um profissional capaz de realizar promoção de saúde para a coletividade, mas nem sempre o

perfeccionismo do preparo técnico do cirurgião-dentista garante habilidade para se comunicar com o público.

As atividades educativas, realizadas dentro do contexto escolar, normalmente sob a forma de palestras, são direcionadas aos alunos, mas nem sempre contemplam a participação dos mesmos. Pois, percebe-se que o planejamento e condução das ações ocorrem de maneira unilateral, sem troca de conhecimentos e sem observar o contexto que o estudante e família vivem, dificultando assim, o desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas que possibilitam aos escolares se tornarem sujeitos ativos na condução e melhorias de sua saúde bucal.

Este estudo foi realizado em uma escola pública pertencente à área da Unidade de Saúde onde a pesquisadora atua como profissional de saúde da Atenção Básica. Ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são sempre requisitadas pela comunidade escolar e atendidas pela equipe. No entanto, a pesquisadora observou dificuldades em trabalhar ações educativas com escolares, tornando-se um desafio pessoal transpor essa barreira profissional, já que essa abordagem intersetorial é uma necessidade real. Procurou-se utilizar alternativas diferentes dos recursos audiovisuais, pois nem sempre os profissionais de saúde que atuam nas ações educativas em escola, conseguem disponibilidade destes recursos na data das atividades.

Assim, foi construído um processo educativo sobre saúde bucal, o qual deu origem a uma sequência didática destinada a profissionais de saúde que queiram realizar atividades educativas sobre saúde bucal. Destaca-se ainda que a construção da sequência didática foi realizada a partir e para as necessidades dos participantes, pois emergiram da coleta de dados e da realização de oficinas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir um processo educativo sobre saúde bucal entre escolares adolescentes de uma série de Ensino Fundamental II em uma Escola Pública, no município de Dourados/MS.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a família dos escolares, no tocante às condições sociodemográficas;
- Verificar os conhecimentos sobre saúde e higiene bucal entre os alunos do sétimo ano do ensino fundamental II;
- Compartilhar informações e saberes sobre saúde bucal de maneira participativa e reflexiva entre os estudantes;
- Construir uma sequência didática direcionada a profissionais de saúde bucal e professores, em conjunto com os escolares.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Educação em saúde na escola

A educação é uma importante estratégia para trabalhar a saúde, pois através do conhecimento e informação, os indivíduos podem mudar comportamentos e hábitos, melhorando sua qualidade de vida. Educação é um conceito amplo, podendo constituir-se em um processo de transformações sucessivas, orientando a atividade humana em determinado contexto de relações sociais (LIBÂNEO, 2013).

A educação em saúde, ligada à educação e à saúde, não pode ser reduzida apenas à transmissão de informação em saúde, mas passa pelos conceitos de pedagogia, de comunicação, de tecnologias, e assim leva a reflexões e empoderamento dos indivíduos (SALCI et al., 2013). Por meio da educação em saúde é possível adquirir conhecimentos, habilidades e consciência do próprio papel dentro do contexto social que está inserido, modificando hábitos e modos de viver. De acordo com Silva, Renovato e Araújo (2019), essa é a base da educação em saúde, e não apenas um meio tecnicista de repassar conteúdos para atuar na prevenção.

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002) orientem para a formação do cirurgião-dentista através de metodologias ativas centradas no educando e desenvolvimento de habilidades, nem sempre é possível ser efetivada nos cursos de odontologia. Essa lacuna na formação acadêmica pode acarretar um despreparo para trabalhar promoção de saúde em uma perspectiva de interação com o público-alvo. As tecnologias educacionais, para trabalhar ensino em saúde, capazes de possibilidades de trocas e conhecimentos entre educador e educandos poderiam ser mais bem exploradas e utilizadas pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede pública.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) direciona para uma reorganização do processo de trabalho na odontologia, no intuito de estabelecer intersetorialidade, envolvendo os diferentes setores que influenciam na saúde humana (educação, comunicação, tecnologia, esportes, etc.). Ações de promoção de saúde e prevenção, tanto de patologias bucais quanto outros agravos, como diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer foram contempladas pela PNSB. A alimentação saudável visando reduzir o consumo de açúcares, autocuidado com a higiene bucal, eliminação do tabagismo e de redução de acidentes devem fazer parte dos temas de educação em saúde bucal (BRASIL, 2018).

Scarparo et al. (2015) ressaltam a necessidade de que a PNSB seja pensada de forma regionalizada e articulada com as demais políticas públicas, estimulando ações intersetoriais,

podendo ocorrer diminuição das desigualdades sociais e o maior acesso aos serviços de saúde de forma integral.

A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) ampliou as ações de promoção de saúde nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2006) e foi redefinida pela Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014. Um dos princípios da PNPS diz respeito à autonomia e na identificação de potencialidades e habilidades, permitindo que os indivíduos e a comunidade possam ter direito de escolha sobre as ações e trajetórias. A interação participativa entre os profissionais e a comunidade leva a um processo reflexivo sobre os determinantes de saúde e a realidade em que a pessoa está inserida (BRASIL, 2014).

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial das redes públicas de Saúde e da Educação, visa propiciar a sustentabilidade das ações a partir da formação de redes de corresponsabilidade, sendo instituído pelo Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). A Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE por Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2017b).

Art. 2º. São objetivos do PSE: I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e às suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2017b).

Na busca da integralidade na atenção nutricional, a PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição) pressupõe a articulação intersetorial a fim de se evitar a fragmentação dos conhecimentos e das políticas institucionais (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi implantada em 2006 e redefinida em 2011 e 2017. Com a finalidade de direcionar os serviços da Atenção Primária em Saúde, a PNAB preconiza que as equipes de saúde devem reconhecer as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais que determinam as condições de saúde. O desenvolvimento de manejos de tecnologias e estratégias de promoção de saúde podem auxiliar na ampliação dos conhecimentos e contribuir para a autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017a).

Para Farias, Martin e Cristo (2015), as ideias construtivistas trouxeram mudanças na dinâmica do ensino e o educando passou a assumir o papel principal na construção do

conhecimento e o educador passou a ter a função de mediador e facilitador. De acordo com Paviani e Fontana (2009), a oficina pedagógica é uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, proporcionando construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva. Para Silva, Renovato e Araújo (2019), as oficinas educativas são alicerçadas na Educação Popular de Freire, sendo uma pedagogia crítico-reflexiva e que estabelece diálogo entre os profissionais de saúde e a comunidade de maneira menos formal e mais elucidativa, se aproximando da linguagem e das necessidades dos educandos.

Quando se realiza o processo educativo por meio de oficinas pedagógicas, de maneira dialógica e reflexiva, seguindo o referencial pedagógico de Paulo Freire, observa-se possibilidades para uma aprendizagem significativa, pois, nesse processo, ocorrem construção e reconstrução do saber ensinado pelos educandos e educadores, sendo que os mesmos se tornam ativos e participativos do processo. “É essa percepção de seres programados, mas para aprender e, portanto, para ensinar, para conhecer, para intervir, que me faz entender a prática educativa como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos” (FREIRE, 2018, p. 142).

Assim, a realização de atividades de educação em saúde por meio da troca de opiniões e do diálogo reflexivo, desenvolvidas nas oficinas educativas podem gerar discussões significativas e construções conjuntas, e podem dar origem a um processo educacional. De acordo com Filatro e Cairo (2015, p. 131): “Processo educacional é um conjunto de estratégias empregadas para apoiar a aprendizagem de uma pessoa, um grupo ou um sistema; usando para isso uma série de recursos humanos, materiais e virtuais – não termina nunca”. De acordo com Lara et al. (2019), a educação sociointeracionista considera a diversidade de saberes prévios e as diferentes perspectivas para utilização de metodologias ativas em processos educativos que são construídos de maneira conjunta e concordam que realmente não acaba, pois são processos contínuos.

3.2 Considerações históricas da promoção de saúde bucal na escola

Segundo Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015), o histórico da saúde na escola remete ao final do século XVIII e início do XIX, período da revolução industrial em que havia precárias condições de vida, dando origem a doutrinas higienistas. Assim, foi elaborado o Sistema Frank, método idealizado pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), que abordava vários temas de saúde coletiva e individual e reconhecido como o pai da saúde escolar.

De acordo com Carvalho (2015), no Brasil, as atividades educativas em saúde começaram a surgir a partir de 1889, focadas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis e no começo do século XX, em uma visão higienista-eugenista, sendo realizados exame clínico, controle e disciplina escolar. Começaram as inspeções dentárias nas escolas públicas e na década de 1910 -1920 foram instalados os primeiros consultórios odontológicos nas escolas; em uma perspectiva de educação higienizadora (OLIVEIRA; MATOS, 2018).

A partir de 1930 foram realizadas campanhas sanitárias nas escolas e nos centros de saúde, embora ainda de maneira individualizada e em uma visão biológica. Somente com a instituição do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) iniciaram trabalhos de educação em grupos (GRACIANO et al., 2015). A odontologia sanitária praticada nos anos 50 deu origem ao sistema incremental, que previa ação horizontal preventiva, ação vertical curativa e ações educativas nas escolas (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

A Declaração de Alma Ata (1978) foi um marco para a corrente da Nova Promoção da Saúde, que passa a considerar o contexto social em que a pessoa vive e a saúde é vista como direito universal; e as Conferências Internacionais, como a de Ottawa (1986), levam em conta os determinantes sociais como habitação, pobreza, saneamento básico, dentre outros. As EPS (Escolas Promotoras de Saúde) foram desenvolvidas ao longo da década de 1990 como um dos desdobramentos do movimento da Promoção da Saúde bem como prática integradora de saúde na escola e divulgada com o apoio de órgãos internacionais como a OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015). No entanto, Casemiro, Fonseca e Secco (2014), apontam que os debates mostram dificuldades para efetivação das propostas das EPS, pois exige planejamento a partir do diagnóstico e das soluções adequadas para cada realidade local a fim de que os indivíduos exerçam seus direitos à saúde, educação, alimentação e vida digna.

As transformações ocorridas na saúde brasileira em função dos movimentos de descentralização política e administrativa culminaram com a implantação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada em 1990, ampliando as ações de promoção da saúde. O Programa Saúde da Família foi implantado em 1994 e regulado por várias portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) para apoiar o processo de descentralização do sistema, até a instituição da Política Nacional de Atenção Básica em 2006.

Concomitantemente, algumas políticas públicas foram implantadas na área da educação, que também estão relacionadas com a intenção de promover a interação entre os setores saúde e educação como: Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) - terceiro e quarto ciclos

(BRASIL, 1998), Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica (BRASIL, 2010) e o PSE (BRASIL, 2007).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais deram a devida importância da Educação para a Saúde como um tema transversal: “somente a participação das diferentes áreas, cada qual enfocando conhecimentos específicos à sua competência, pode garantir que os alunos construam uma visão ampla do que é saúde” (BRASIL, 1998, p. 263). Enfatizaram que a construção gradual de valores positivos em relação à saúde vai além do currículo escolar, podendo ser utilizados todos os espaços da escola e do entorno escolar (BRASIL, 1998). No entanto, Marinho, Silva e Ferreira (2015) encontraram dificuldades entre os professores para trabalhar a transversalidade em saúde, havendo necessidade de uma visão além do biológico e voltado para interação entre setores, deixando de ser trabalhada em cada área de maneira isolada.

Dessa maneira as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002) apontam para a formação de um profissional que reúna os conhecimentos básicos e clínicos, com uma visão ampliada do individual ao coletivo. Apesar das propostas curriculares, o cirurgião-dentista ainda sente dificuldade em desenvolver habilidades de comunicação fora do ambiente clínico e a realização das atividades educativas para escolares adolescentes continua sendo uma barreira a ser transposta (CAMPESTRINI et al., 2019).

O PSE estabelece ações que se dividem em três componentes: componente I (avaliação clínica e psicossocial), componente II (Promoção e prevenção à saúde) e componente III (formação) (BRASIL, 2007). Normalmente as atividades dos cirurgiões-dentistas estão relacionadas aos níveis I (levantamento epidemiológico e avaliação do estado de saúde bucal) e II (ações educativas e prevenção de doenças orais). Fazem parte do componente II também a elaboração, produção e aplicação de material didático-pedagógico (BRASIL, 2009).

Apesar das ações do PSE serem pautadas na promoção de saúde, Casemiro, Fonseca e Secco (2014) observaram persistência de iniciativas centradas na doença, com listas de controle de risco, centradas na culpabilização dos indivíduos, sem considerar o contexto da população e sem integração dos conteúdos para uma continuidade.

Chama-se atenção que a saúde bucal deve ser vista como parte inseparável da saúde geral; no entanto trabalhar saúde bucal no ambiente escolar enfrenta desafios e o caminho encontrado muitas vezes é trabalhar a saúde na escola a partir dos temas transversais. Brasil et al. (2017), considera a teoria da complexidade (MORIN, 2015) no contexto da promoção de saúde do adolescente, com integração dos saberes, articulação e parceria entre todos os

envolvidos para concretização de mudanças expressivas no Programa Saúde na Escola. Segundo os autores, o pensamento complexo abrange uma rede de cuidados, que exige diálogo e cooperação entre profissionais, gestores e demais envolvidos em um sistema de articulação.

3.3 Estratégias para práticas educativas em saúde bucal na escola

A atividade educativa acontece nas mais variadas esferas da vida social e assume diferentes formas de organização (LIBÂNEO, 2013). Para Falkenberg et al. (2014), as práticas educativas em saúde envolvem três segmentos: profissionais, gestores e população, que devem interagir para o desenvolvimento desse processo, sem distanciamento entre a retórica e a prática.

Fatores determinantes das condições de saúde podem ser problematizados e analisados no espaço escolar através de um diálogo construído e pautado nas relações humanas e sociais do contexto territorial, onde os setores são ativos nesse processo (SILVA; BODSTEIN, 2016). Assim, as práticas educativas em saúde podem ser realizadas entre sujeitos no espaço da sala de aula e sofrem influência dos contextos e cenários (RENOVATO, 2017).

Segundo Vieira et al. (2017), para que a escola se estabeleça como promotora de saúde é necessária participação de toda a comunidade escolar, numa pedagogia que busque o aprendizado da comunicação para a construção do desenvolvimento de habilidades e reflexões sobre estilos de vida saudável, valorizando as individualidades.

A adolescência requer um olhar diferenciado da odontologia, já que as mudanças morfológicas e psicológicas do período tornam esse estrato de idade mais vulnerável às patologias e agravos da cavidade bucal (SILVA JUNIOR et al., 2016). Os pais ou responsáveis costumam delegar ao próprio adolescente o autocuidado e agem com menos cobrança, mas é possível que nessa fase de conflitos e descobertas, os adolescentes não se atentem aos cuidados de higiene bucal (PAREDES et al., 2015).

A escola pode ser um local apropriado para promoção de saúde bucal entre adolescentes, porém, os educadores e gestores devem elaborar estratégias para esclarecer os desequilíbrios bucais e auxiliar os jovens na opção por hábitos de vida mais saudáveis (SILVA JUNIOR et al., 2016). Embora os profissionais de saúde não tenham uma formação propriamente dita para atuarem nas escolas, podem utilizar práticas pedagógicas, enquanto importante ferramenta para transmitir informações de saúde (CARVALHO, 2015).

Para este público específico, as rodas de conversa podem gerar discussões relevantes e materiais que podem ser expostos para outros alunos em diversas disciplinas. Neste sentido,

Turrioni et al. (2012) realizaram exposição de desenhos de bons e maus hábitos e jogos educativos da disciplina de educação física, estimularam escrever redações sobre a importância de escovar os dentes, textos em inglês, cartazes mostrando o número de dentistas por região na disciplina de geografia, teatro sobre a história da odontologia e análise estatística sobre a situação de risco de saúde bucal na disciplina de matemática, demonstrando a necessidade de criatividade e diversidade de atividades para atrair a atenção de adolescentes.

O educador pode ainda utilizar paródias, vídeos, jogos, colagens, dramatizações, dentre outros meios, para auxiliar nas ações educativas, modificando conforme o contexto dos escolares. Assim, jogos educativos podem ser atualizados, como o Jogo da Onda, um jogo de tabuleiro que foi adaptado conforme as dúvidas e sugestões construídas com os escolares (ADADE; MONTEIRO, 2014), a fim de educar para a autonomia e reduzir danos das drogas e suas consequências.

As tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. Entre as mais utilizadas estão os vídeos educativos, manuais, cartilhas, jogos educativos e aplicativos de celulares, que podem ser utilizadas em diversos cenários como em hospitais, unidades básicas de saúde, escolas, comunidade e no próprio domicílio (ÁFIO et al., 2014).

A informatização facilitou o repasse das informações e a utilização das redes e mídias sociais tem sido cada vez mais constante. Assim, as inovações tecnológicas têm sido cada vez mais utilizadas no âmbito escolar. Os *websites* podem ser utilizados como ferramentas para troca de informações e também para observar o conhecimento apreendido em ações educativas realizadas no espaço físico da escola (FIGUEIREDO et al., 2014).

Ao envolver os próprios educandos nas dinâmicas, os profissionais encontram maior aceitação dentro do ambiente escolar, pois os alunos identificam suas próprias realidades; podendo ser utilizadas representações de paródias de astros conhecidos, facilitando a compreensão de temas sobre cuidado dos dentes de uma maneira lúdica, proporcionando um encontro entre a cultura popular e a científica (CARVALHO, 2015).

Neste sentido, podem ser utilizadas dinâmicas de música e brincadeira com bola, jogos de disputa entre escolares ou jogos de *quizz* (PEREIRA; PEREIRA; ANGELIS-PEREIRA, 2017), jogos de tabuleiro podem ser utilizados como forma de avaliação de conhecimentos apreendidos, onde cada casa do jogo representa uma pergunta referente à temática abordada (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015), dentre muitas outras possibilidades.

No entanto, o cirurgião-dentista precisa desenvolver habilidades e competências para desempenhar o papel de educador, transpondo barreiras da própria formação, a fim de

empoderar os adolescentes na conquista de melhores condições de saúde bucal e hábitos saudáveis (CAMPESTRINI et al., 2019).

O desenvolvimento de práticas educativas pode ser compartilhado por meio de sequências didáticas. Para Brasil et al. (2017), a complexidade de se trabalhar com promoção de saúde dos adolescentes exige educação permanente dos profissionais, a fim de desenvolver uma aprendizagem transformadora e multiplicar para a comunidade esse conhecimento.

3.4 Sequência Didática Interativa (SDI)

De acordo com Oliveira (2019), a sequência didática surgiu na França no início dos anos de 1980 e objetivou um ensino menos desfragmentado. Começou a ser utilizada no Brasil a partir da introdução dos Parâmetros Curriculares Nacionais na década de 1990.

Na definição de Zabala (1998, p. 18) uma sequência didática é “um conjunto de atividades ordenadas, estruturadas e articuladas para a realização de certos objetivos educacionais, que têm um princípio e um fim conhecidos tanto pelos professores como pelos alunos”.

A proposta de sequência didática de Piveta Junior, Sales e Sales (2019), seguindo o referencial de Zabala (1998), é direcionada ao ensino de primeiros socorros para escolares em uma linguagem de fácil entendimento, estabelece rotinas e processos de ensino-aprendizagem, de maneira estruturada e padronizada. Os autores demonstram a possibilidade de realização de sequências didáticas em ensino em saúde direcionado a escolares adolescentes.

De acordo com Oliveira (2019), a Sequência Didática Interativa (SDI) tem como base uma metodologia interativa e utiliza os pressupostos dialógicos de Freire (2018), o método pluralista-constructivista (GUBA; LINCOLN, 2011), a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), o pensamento complexo de Morin (2015) e o método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2014).

Considerando que a análise da comunicação é importante para descrever o conteúdo das mensagens, inferindo proposições e proporcionando interpretações (BARDIN, 2016), a hermenêutica, ciência da interpretação, não se resume apenas à interpretação pura, mas também um questionamento da realidade para maior compreensão do objeto do estudo e a dialética é o estudo da realidade em movimento, considerando as contradições, a complexidade e a variedade de arguições (OLIVEIRA, 2019).

O diálogo é fundamental para uma educação transformadora, já que os sujeitos dialógicos aprendem e crescem nas suas diferenças, pois somos seres inacabados (FREIRE, 2018). Para Oliveira (2019), a complexidade de Morin não significa dificuldade ou algo

complicado, mas sim, uma sucessão de ideias, fatos, que se entrelaçam em uma rede de interações. O Círculo Hermenêutico-Dialético pode ser utilizado nas entrevistas, na coleta de dados inicial, nas oficinas, bem como na sequência didática interativa, já que promove um diálogo entre os atores sociais (OLIVEIRA, 2019).

A realização da SDI acontece a partir de uma série de atividades e utiliza o Círculo Hermenêutico-Dialético para identificação dos conceitos, subsidiando os temas, que serão desenvolvidos de maneira interativa com teorias de aprendizagem e propostas pedagógicas, levando a novas construções (OLIVEIRA, 2019).

Barbosa et al. (2020) demonstraram que a SDI pode ser utilizada no ensino em ciências para escolares de sétimo ano do ensino fundamental II. Para a coleta inicial de dados, os autores utilizaram um questionário semiestruturado e imagens para problematização; após aulas práticas, realizou-se uma construção conjunta, finalizando com uma avaliação dos conhecimentos apreendidos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da pesquisa

Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, com recorte transversal, sendo a amostra composta por 23 estudantes do sétimo ano do Ensino Fundamental II de uma Escola Pública, adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a pesquisadora atua como profissional de saúde pública. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado e realizadas entrevistas face a face, além de ser realizado no coletivo, sendo os escolares dispostos em círculo para realizar roda de conversa e assim, incentivados a falar a respeito do questionário (Apêndice C), nos meses de março a junho de 2019. A interpretação do questionário, das entrevistas e da roda de conversa foi apoiada na análise de conteúdo temática, no intuito de compreender melhor a realidade vivenciada pelos estudantes no tocante ao tema saúde bucal (BARDIN, 2016).

Cabe explicar que inicialmente foi realizada a coleta, organização e a análise do conteúdo. A partir da análise do conteúdo foi construída a tecnologia, no caso a sequência didática, voltada para profissionais da saúde bucal no intuito de ser utilizada para a realização da promoção da saúde bucal. Além disso, participaram do processo educativo acadêmicos da graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS/Dourados), sendo que essas atividades foram desenvolvidas entre os meses de março a dezembro) de 2019, por meio da execução de Projeto de Extensão, o qual deu suporte à condução das atividades educativas e avaliativas de todo processo.

Foi adotada a pesquisa-ação, enquanto abordagem das práticas educativas de promoção de saúde. Para Thiollent (2011), a pesquisa-ação tem relevância na pesquisa educacional pelo fato de estar associada à aprendizagem, envolvendo aproveitamento da capacidade de elucidação e tomada de decisões, ocorrendo uma “estrutura de aprendizagem conjunta” entre pesquisadores e participantes.

Inicialmente foi realizado um levantamento de protocolos, cartilhas e manuais do Ministério da Saúde e OMS e artigos científicos em conformidade com: PNAB (BRASIL, 2017a); PNAN (BRASIL 2013); PNPS (BRASIL, 2006); PNSB (BRASIL, 2004) e PSE (BRASIL, 2007). Esse material foi um dos norteadores para elaboração e apresentação dos aspectos educacionais das oficinas pedagógicas. Apesar de serem assuntos já consolidados, precisaram ser adaptados à realidade dos escolares estudados.

A prática educativa e os conteúdos foram reestruturados a cada encontro, pois segundo Freire (2018), independente da faixa etária dos educandos, estão sempre em processo de busca, mudando, reorientando e melhorando e a prática educativa é um exercício constante do desenvolvimento da autonomia dos educadores e educandos.

Assim, os pesquisadores participam ativamente promovendo a participação dos escolares na busca de soluções e na avaliação das ações, adotando uma linguagem apropriada. A atuação do pesquisador não se limita apenas à observação e descrição; mas implica em estabelecer objetivos, planejar, organizar e elaborar práticas educacionais e materiais apropriados para a faixa etária e de interesse desses alunos (THIOLLENT, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Escola Estadual Maria da Glória Muzzi Ferreira, no município de Dourados/MS. De acordo com o Projeto Político Pedagógico da escola, a Escola Estadual Maria da Glória Muzzi Ferreira foi oficialmente fundada com o Decreto nº 509, de 31 de março de 1980 e atende aproximadamente 600 estudantes do ensino médio e fundamental, nos períodos matutino e vespertino. A escola está localizada em um dos maiores e populosos bairros de Dourados/MS, o Jardim Água Boa, acolhendo estudantes de diferentes bairros, inclusive da zona rural.

A escola pertence à área adscrita da Unidade Básica de Saúde Marlúcia Araújo Lupinetti, cujos profissionais atendem uma grande parte dos escolares, em ações de prevenção e recuperação da saúde, atendendo sempre as solicitações da comunidade escolar em relação às questões de saúde. No entanto, as ações de promoção de saúde não são realizadas rotineiramente, já que a escola não está cadastrada no Programa Saúde na Escola, recebendo somente algumas ações do programa coletivo de saúde bucal.

4.3 Participantes da coleta de dados e oficinas educativas

Os participantes foram 23 escolares regularmente matriculados no sétimo ano do ensino fundamental II, sendo adotado o método de conveniência como critério de escolha. Os mesmos responderam ao questionário, foram entrevistados de maneira individual e por meio da roda de conversa, e ainda fizeram parte das oficinas educativas, que foram realizadas durante as aulas de ciências. Os estudantes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TALE – Termo de

Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os pais assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Destaca-se que os estudantes eram adolescentes pois, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), considera-se adolescente aquela pessoa entre dez e dezenove anos de idade; sendo assim, todos os escolares pesquisados foram considerados adolescentes, já que tinham entre 11 e 15 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 1986).

4.4 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos, de acordo com a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEMS, via Plataforma Brasil, sob Parecer Consubstanciado do CEP número 3.147.019 (Anexo B). O projeto de intervenção iniciou somente após autorização dos adolescentes através do TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice A), em que foram informados sobre a pesquisa, as finalidades, relevância, riscos e benefícios e autorização dos pais dos adolescentes através de TCLE (Apêndice B).

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados inicial foi realizada a partir de questionário semiestruturado (Apêndice C) com questões fechadas e abertas, por meio de entrevista face a face e realização de roda de conversa. As entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento prévio do entrevistado. Para as gravações foi utilizado um Mídia Player - MP4, pela possibilidade de armazenar e reproduzir as entrevistas no computador, o que facilitou a escuta e transcrição. Foi garantido o anonimato da identidade de todos os participantes por meio da codificação pela letra E de entrevistado (a), seguida do número da entrevista realizada (E1, E2, E3, e assim sucessivamente).

Todas as entrevistas foram realizadas na escola, em locais reservados e de maneira individual. O professor responsável pela disciplina autorizou a ausência dos alunos na aula durante as entrevistas, de forma que ocorreram de maneira protegida e individualizada. Além das respostas individuais, questionário e entrevista, foram realizadas rodas de conversa e anotadas informações pertinentes aos assuntos abordados.

Para caracterização socioeconômica da família, os pais ou responsáveis enviaram dados pelo escolar a respeito da renda familiar, quantas pessoas moram na residência e escolaridade dos pais.

Os 23 escolares foram examinados pela própria pesquisadora, que realizou o levantamento epidemiológico do Índice CPOD (Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados). Embora seja um exame rotineiramente realizado pelos cirurgiões-dentistas nessa escola, foi necessária análise e interpretação para compreender a real situação de saúde bucal do estudante deste estudo. A pesquisadora também realizou o cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal), após pesar e medir a estatura dos escolares.

4.6 Análise dos dados

Para caracterização dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows, sendo realizada análise descritiva simples (REIS; REIS, 2002).

Além disso, foi aplicada a análise de conteúdo, método proposto por Bardin (2016), que utiliza procedimentos sistemáticos para codificação do conteúdo proveniente das mensagens dos participantes. Assim, tem como característica principal a inferência das comunicações entre os indivíduos pesquisados, enfatizando o conteúdo das mensagens. O método exige leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para desvendar o objeto da pesquisa (BARDIN, 2016).

Inicialmente foi realizada a exploração do material onde os dados, para a compreensão do texto, necessitaram de leitura exaustiva das entrevistas e anotações, sendo destacados os temas importantes que emergiram. Na sequência, chamada fase de tratamento, os resultados obtidos foram interpretados e os temas principais colocados em evidência, após, procedeu à releitura do material categorizado e realizada reflexão crítica dos resultados.

4.7 Construção do processo educativo: Sequência Didática Interativa (SDI)

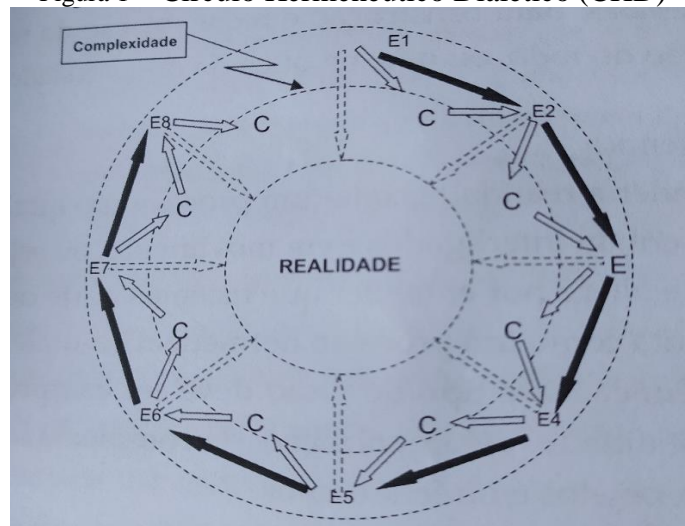
Todo o processo educativo serviu de base para a construção da sequência didática direcionado para profissionais que desejam realizar ações educativas de saúde bucal para escolares adolescentes. De acordo com Oliveira (2019), a Sequência Didática Interativa (SDI) tem como base uma metodologia interativa e utiliza os pressupostos dialógicos de Freire (2018), o método pluralista-construtivista (GUBA; LINCOLN, 2011), a Análise de Conteúdo de Bardin

(2016), o pensamento complexo de Morin (2015) e o método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2014).

Ou seja, a SDI foi desenvolvida em nove encontros e oito temas específicos, sendo utilizados os métodos dialógicos freireanos para alcançar o público-alvo, o método construtivista para realizar a compilação e utilização do material didático pedagógico que serviu de apoio para o ensino-aprendizagem. Ainda, foi empregado o pensamento a partir de Morin, o qual sempre ousou dizer que os conteúdos associados aos sujeitos, de maneira geral, são subestimados ou fragmentados nos programas educativos. Assim, tentou-se colocar os escolares no centro das preocupações, para assim compartilhar e construir o conhecimento. A análise de conteúdo, escrito e falado pelos estudantes, foi condensado por meio do método de Bardin, que possibilitou traçar um norte para todas as discussões e associado com Minayo pode-se estabelecer um diálogo com os estudantes, a partir da realidade, a qual é necessária sempre que se colocar em ação qualquer SDI.

Desta maneira, utilizou-se o desenho, apresentado por Oliveira (2019), a partir do círculo hermenêutico dialético (CHD), apresentado na Figura 1. A autora considera que o CHD não é um esquema fechado, adaptando e redefinindo em um esquema de círculos concêntricos. Assim, o primeiro círculo, o externo, diz respeito às entrevistas individuais e as concepções iniciais dos participantes a respeito dos temas construídos. O segundo círculo ficou representado pelas construções e reconstruções a partir da realidade pesquisada, por meio do diálogo, representado pelos encontros realizados entre o grupo. Chama-se atenção que o primeiro e segundo círculos se encontram, em um vai e vem, durante os encontros. E, o círculo central, representado pela palavra realidade, ficou identificado pela definição do conceito final que o grupo elaborou.

Figura 1 – Círculo Hermenêutico Dialético (CHD)



Fonte: Oliveira (2019) p. 63

A análise da comunicação é importante para descrever o conteúdo das mensagens, inferindo proposições e proporcionando interpretações (BARDIN, 2016), a hermenêutica, ciência da interpretação, não se resume apenas à interpretação pura, mas também ao questionamento da realidade para maior compreensão do objeto do estudo e a dialética é o estudo da realidade em movimento, considerando as contradições, a complexidade e a variedade de arguições (OLIVEIRA, 2019).

O diálogo é uma ferramenta fundamental para uma educação transformadora, já que os sujeitos dialógicos aprendem e crescem nas suas diferenças, pois somos seres inacabados (FREIRE, 2018). Para Oliveira (2019), a complexidade de Morin não significa dificuldade ou algo complicado, mas sim, uma sucessão de ideias, fatos, que se entrelaçam em uma rede de interações.

Cabe explicar ainda que foi elaborado um projeto de Extensão, aprovado pelo edital nº 001/2019 – DEX/PROEC/UEMS edital de fluxo contínuo das ações de extensão (programas, projetos e cursos) com o número de protocolo 321265.1810.326257.29012019 e cadastrado com o número 01/2019-DEX-PROEC/UEMS (Anexo C), sendo os conteúdos relacionados a partir do questionário, entrevistas e roda de conversa, os quais foram trabalhados em formato de oficinas e utilização do CHD proposto por Oliveira (2019) e construída a SDI. Notou-se que outras demandas e questionamentos foram surgindo ao longo da execução das atividades, incrementando os assuntos a serem discutidos e mostrando ser um processo contínuo e inacabado.

Assim, foram realizadas oficinas durante as aulas de ciências, que ocorreram nos meses de agosto a dezembro de 2019, sendo utilizadas metodologias ativas para apresentação dos conteúdos e linguagem compatível com escolaridade dos participantes (FREIRE, 2018; THIOLENT, 2011).

Embora as políticas de promoção de saúde recomendem temas primordiais a serem trabalhados na escola, as oficinas foram construídas a partir dos dados coletados, das necessidades e sugestões dos escolares. Segundo Anzoategui e Cordeiro (2017), embora as oficinas possam ter um planejamento inicial, as temáticas podem ser ampliadas, possibilitando ensinamentos e vivências construtivas. De acordo com as autoras, é recomendável que as oficinas tenham formatos flexíveis, respeitando as individualidades e características dos grupos a fim de se desenvolver o senso crítico.

Porém, explica-se que, apesar da flexibilidade no tocante à execução das atividades, os assuntos tratados a partir do tema geral “Saúde Bucal” da SDI seguiram a mesma estrutura, ou seja, foram compostos por objetivos, método, recursos didáticos pedagógicos utilizados,

descrição do desenvolvimento do tema e avaliação final do conteúdo estudado para os participantes construam o próprio conhecimento, por meio de uma síntese ou ideia central.

Para registro do andamento e das dinâmicas e contribuições dos participantes nas oficinas, foi realizado um diário de campo; foram anotadas as ações realizadas, os relatos dos alunos e as percepções do pesquisador e da equipe. Além disso, ao final de cada atividade foram realizadas avaliações, escritas, faladas e ainda jogos e desafios em algumas ocasiões, dinâmica muito apreciada entre os escolares desse estrato de idade, pois se sentiram desafiados.

De acordo com Oliveira (2019), a técnica para construção da sequência didática vem sendo utilizada nas diferentes áreas do conhecimento e adota as seguintes fases ou estrutura: escolha do tema a ser trabalhado; questionamentos para problematização do assunto; planejamento dos conteúdos; objetivos a serem atingidos no processo de ensino-aprendizagem; delimitação da sequência de atividades. Oportuno lembrar que se deve levar em consideração a formação de grupos, material didático, cronograma, integração entre cada atividade e etapas, e avaliação dos resultados.

Assim, a construção desta SDI foi efetivada a partir de quatro etapas gerais:

- 1 - Definição: A coleta de dados inicial, por meio das entrevistas individuais e das rodas de conversa, permitiu conhecer o contexto social dos escolares, o que sabiam sobre saúde bucal e os assuntos a serem abordados a partir das necessidades informadas pelos escolares;
- 2 - Organização: O tema foi estabelecido e depois, os assuntos apresentados por meio de oficinas educativas durante as aulas de ciências. Inicialmente, os escolares foram abordados individualmente em formato de questionamentos sobre o assunto a ser tratado, e, em seguida, o assunto foi verbalizado no grupo e depois transformado em um único conceito, sempre tendo em mente que os assuntos do tema nunca encerram, mas os mesmos vão se ampliando e ainda, devem ser considerados inacabados.
- 3 - Teorização: A parte teórica do tema e assuntos tratados foi conduzida, pela pesquisadora e equipe. No entanto, os mesmos se colocaram enquanto facilitadores, sendo a condução realizada por meio de diálogos reflexivos, recursos pedagógicos disparadores de discussão, construção junto aos participantes de macro modelos, uso de metodologias inovadoras e participantes e da teatralização, além de outros materiais educativos. Destaca-se que os assuntos foram trabalhados num formato adequado ao contexto e realidade que os escolares estão inseridos e utilizada linguagem de acordo com o estrato de idade.
- 4 - Aplicação e avaliação: Explica-se que ao final de cada assunto trabalhado foi solicitada a construção de uma síntese, ou ideia geral construída pelo grupo, do conhecimento que foi apreendido. Utilizou-se o vai e vem que a SDI exige, pois, o tema foi sequenciado, inicialmente,

a partir dos questionamentos e das necessidades dos alunos em relação a oficina do assunto anterior, e assim, sucessivamente.

Destaca-se que a SDI foi desenvolvida para que profissionais de saúde e outros profissionais que queiram realizar ações de educação em saúde bucal, como professores, possam realizar atividades educativas de saúde bucal, a qual poderá ser adaptada para outros estratos de idade e temas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 23 escolares, os quais aceitaram participar da pesquisa de maneira voluntária e a partir do consentimento dos pais. Destaca-se que os dados foram coletados durante o horário de aula e no ambiente da escola e os mesmos faziam parte do sétimo ano do Ensino Fundamental II.

5.1 Caracterização geral dos participantes

A seguir estarão apresentados os dados quantitativos como idade, sexo, renda familiar e quantidade de pessoas que vivem na casa e com quem os escolares residem, além da escolaridade dos pais, sendo que foi realizada descrição simples. Assim, parte da caracterização dos escolares está resumida na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos escolares entrevistados em uma escola de Dourados (MS) no período de março a junho de 2019

Características	Variáveis	N	%
Gênero	Feminino	14	60,87%
	Masculino	9	39,13%
Idade	11 anos	3	13,04%
	12 anos	10	43,48%
	13 anos	5	21,74%
	14 anos	4	17,39%
	15 anos	1	4,35%
Renda Familiar	Entre R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	7	30,44%
	Entre R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00	8	34,78%
	Entre R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00	2	8,70%
	Entre R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00	3	13,04%
	Não informou	3	13,04%
Número de moradores na residência	3	3	13,04%
	4	10	43,48%
	5	3	13,04%
	6	4	17,39%
	7	2	8,70%
Escolaridade da mãe	8	1	4,35%
	Nível superior completo	4	17,39%
	Nível superior incompleto	3	13,04%
	Nível médio completo	4	17,39%
	Nível médio incompleto	1	4,35%
	Nível Fundamental II incompleto	5	21,74%
Nível Fundamental I incompleto	2	8,70%	
	Não informou	4	17,39%

	Nível superior incompleto	1	4.35
	Nível médio completo	3	13.04
Escolaridade do pai	Nível Fundamental II completo	1	4.35
	Nível Fundamental II incompleto	12	52.17%
	Fundamental I incompleto	2	8.70%
	Não informou	4	17.39%
	Total	23	100%

Fonte: elaborada pela autora.

Entre os vinte e três entrevistados observou-se que 14 eram meninas e nove meninos e a distribuição da idade foi entre 12 anos incompletos a 15 anos. Desta forma, todos os escolares foram considerados adolescentes de acordo com a OMS (WHO, 1986).

No tocante à renda familiar notou-se que a mesma variou entre R\$ 1.000,00 a R\$ 5.000,00, embora muitas famílias tenham relatado que a renda pode variar. Esta característica acontece, pois, alguns trabalhadores são autônomos ou diaristas e às vezes algum membro da família quando se encontra temporariamente desempregado, a renda cai um pouco. A porcentagem de sete (30,44%) das famílias com renda familiar entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00, está compatível com a informação da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2019), que indica que no Brasil, 23,9% das famílias viviam com até R\$ 1.908,00 (salário mínimo vigente na data de referência da pesquisa de R\$ 954,00).

Ainda, 13 relataram salários entre R\$ 2.001,00 até R\$ 5.000,00, no entanto, os dados encontrados são inferiores à renda média nacional e bem menor que a média da região, pois segundo a POF de 2017-2018, o valor do rendimento total médio e da variação patrimonial das famílias em áreas urbanas foi de R\$ 5.806,24 e o da Região Centro-Oeste foi de R\$ 6 772,86. Não podemos deixar de considerar que o rendimento total médio da POF inclui rendimentos oriundos do trabalho, transferências (aposentadorias, por exemplo), rendimentos de aluguéis, outras rendas e rendimentos não monetários (IBGE, 2019).

Importante trazer, apesar de não ter sido realizado esse cálculo, que segundo IBGE (2019), o item alimentação representou em (2017-2018), 14,2% da despesa total e a terceira maior participação (17,5%), nos gastos nacionais com consumo, depois de habitação (36,6%) e transporte (18,1%). No entanto, a alimentação teve um peso maior nas classes de menor rendimento, tendo alcançado 22,6% quando os rendimentos foram até R\$ 1 908,00 e, 7,6% na classe superior com renda acima de R\$ 23.850,00. Esse dado confirma queda do item alimentação nas pesquisas anteriores, de 2008-2009 - 19,8% e na POF 2002-2003, 20,8%.

O número de moradores na mesma residência variou de três chegando a oito pessoas, além disso, dos 23 entrevistados, dez (43,48%) informaram morar com o pai e a mãe. Todos relataram ter mãe e dois relataram que o pai biológico é falecido e que moram com a mãe. 11 (47,83%) entrevistados relataram ter pais separados, sendo que oito (34,78%) moram com a mãe e dois (8,69%) moram com o pai. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 (IBGE, 2016) revelaram que 59,4% dos escolares do 9º ano, responderam morar em lares com a presença do pai e da mãe; 30,6% informaram morar só com a mãe, enquanto 4,4% dos escolares declararam morar só com o pai.

Segundo IBGE (2019), a POF de 2017-2018 indicou que no Brasil, o tamanho médio das famílias, pessoas com residência e domicílio no mesmo espaço, foi de três e de 2,96 na região Centro-Oeste. Na pesquisa de Adade e Monteiro (2014), a característica de família ampliada, com outros parentes, foi maior nas escolas públicas e encontrou residências com número de moradores de três a 11 pessoas. Observaram que a responsabilidade dos pais de educar os adolescentes acaba sendo transferida também para outros membros da família, sendo que alguns adolescentes ajudavam financeiramente.

A escolaridade dos pais variou desde os anos iniciais do Ensino Fundamental I até a conclusão do curso universitário. Embora quatro famílias não tenham informado a escolaridade dos pais, observou-se que de maneira geral, a escolaridade materna foi maior que a escolaridade paterna. Enquanto quatro mães concluíram o nível superior e três tinham nível superior incompleto, somente um pai tinha nível superior incompleto. Notou-se ainda que 12 dos pais e cinco das mães dos entrevistados possuíam nível fundamental II incompleto. Destacamos também o fato de dois pais dos entrevistados possuíam nível fundamental I incompleto.

A escolaridade materna pode ser um indicador de desigualdades socioeconômica que pode impactar na saúde bucal de uma população. Freire et al. (2015) compararam os resultados da PeNSE de 2009 e 2012 e observaram que adolescentes que tinham mães com menor escolaridade (zero a oito anos de estudo) apresentaram menor frequência de escovação, maior prevalência de experimentação de cigarros nos dois anos e consumo mais elevado de guloseimas em 2012.

Desta maneira, a análise de Freire et al. (2015) corrobora os achados deste estudo em relação à experimentação de tabaco: dos sete escolares que já experimentaram cigarro ou narguilé, somente um possuía mãe com ensino superior completo e pai com ensino médio completo; dois escolares possuíam pais com ensino fundamental II incompleto; três escolares possuíam pais com ensino fundamental I incompleto e uma família não informou a

escolaridade. Os pais do único escolar que experimentou maconha nesse estudo tinham ensino fundamental II incompleto.

Levando em consideração que os pais são responsáveis por ensinar ou reforçar orientações de higiene bucal, o grau de escolaridade dos pais ou responsáveis podem impactar na saúde bucal do escolar, conforme ponderou Paredes et al. (2015), cujo estudo apontou que 19,6% dos pais dos 184 adolescentes de 15 a 19 anos de Sumé-PB eram analfabetos e 63% das mães e 59.8% dos pais tinham baixa escolaridade.

5.2 Análise das questões abertas das entrevistas e rodas de conversa

Após a transcrição da entrevista, agrupadas as unidades e registrados os pontos que continham significado relacionado ao objetivo do estudo foram construídas as categorias temáticas. Para Bardin (2016), a análise de conteúdo temática deve ter como ponto de partida essa organização, sendo que as demais fases ocorrem em torno de três polos, sendo a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a partir da inferência e seguida da interpretação dos resultados.

Cabe explicar que, no momento da entrevista individual, não foram encontradas muitas variáveis, pois percebeu-se que, de maneira geral, o conhecimento expressado pelos estudantes a respeito da saúde bucal foi bem pontual e as respostas foram mínimas. Assim, entendeu-se que os mesmos deveriam ser estimulados a se expressarem no grupo e realizar a construção no coletivo. As respostas do individual e do coletivo estão resumidas nos parágrafos abaixo e serão trabalhadas ao longo desse capítulo, sendo que as mesmas foram categorizadas de acordo com a metodologia segundo Bardin (2016).

Vale lembrar novamente que as categorias foram construídas a partir, tanto de respostas transcritas da entrevista individual como das alcançadas pelos encontros em formato de rodas de conversa e construídas por meio de oficinas educativas. Segundo Melo e Cruz (2014), as rodas de conversa podem ser uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo, possibilitando aos adolescentes expressarem suas percepções e conhecimentos que trazem, proporcionando, assim, além de um levantamento de dados, um espaço de reflexão, conversação e interação. Anzoategui e Cordeiro (2017) utilizaram metodologias participativo-construtivistas nas suas oficinas com adolescentes escolares de Dourados/MS, levantando conhecimentos e questionamentos e como resultado positivo, os autores perceberam maior autonomia dos indivíduos.

Sampaio et al. (2014), em estudo realizado no sertão pernambucano também consideraram a roda de conversa como estratégia metodológica, sendo muito mais que a disposição circular das cadeiras, mas uma ação pedagógica-transformadora entre os adolescentes. Desta maneira, a roda de conversa permite trazer conhecimentos coletivos e contextualizados de todos os participantes e admite vivenciar na prática os preceitos de Freire (2018) para a construção do conhecimento.

Curiosidades que não eram evidentes no início e durante as entrevistas de modo individual, foram sendo colocadas no grupo. Embora na coleta inicial de dados, as infecções transmissíveis via oral não tenham sido abordadas pelos escolares, observou-se que no decorrer das oficinas esse assunto teve que ser abordado, já que alguns fizeram menção de que a sexualidade já estaria aflorando. Desta maneira, podemos dizer que a coleta individual foi importante para verbalizarem percepções muito pessoais e que talvez sentissem constrangimento em falar em público. No entanto, a coleta de dados durante as oficinas captou informações coletivas, situação que encorajou os escolares a discutirem assuntos que não falaram sozinhos com o pesquisador.

De maneira geral, notou-se que a inadequação em relação à saúde bucal, principal assunto levantado, estava diretamente associado com o conhecimento que manifestaram possuir a respeito das perguntas. Os estudantes referiram não empregar hábitos corretos para higienização da cavidade oral e também não entendiam muito bem qual seria o motivo desse cuidado todo, de escovação, de passar fio dental ou mesmo da aplicação do flúor. Esse desconhecimento sobre aspectos da saúde bucal antes das ações educativas também foi evidenciado por Figueiredo et al. (2014), que estudaram 160 adolescentes na faixa etária de 11 a 15 anos, de escola pública e particular. Os autores consideraram a necessidade constante de incrementar o assunto por meio da procura de estratégias motivadoras e que agradem este público de escolares adolescentes, como em *websites*, para que os mesmos pudessem compreender a etiologia da cárie, doenças periodontais e câncer bucal.

Outro assunto que chamou atenção foi em relação ao estilo de vida, ou seja, por meio da influência de amigos ou mesmo por convivência de membros da família já existia entre os estudantes o consumo de álcool e fumo, sobretudo do narguilé. No entanto, um ponto positivo foi que todos participavam ativamente da prática de atividades físicas na escola e gostavam dessas atividades. Apesar de antagonicos, o estudo de IBGE (2016), evidenciou que 73,0% dos escolares de 16 a 17 anos já haviam experimentado uma dose de bebida alcoólica. No mesmo estudo foi apresentado que 39,6% dos escolares de Mato Grosso do Sul do nono ano do ensino fundamental poderiam ser considerados como ativos, o que inclui o deslocamento de casa para

a escola e da escola para casa; aulas de educação física na escola e outras atividades físicas extraescolares.

Também foi possível verificar percepção equivocada e contraditória em relação à alimentação dos escolares, ou mesmo, conseguirem associar a alimentação com saúde, sobretudo saúde dos dentes ou boca em geral. Observou-se a necessidade de esclarecer sobre hábitos alimentares adequados, já que os adolescentes relataram dificuldade financeira em adquirir alimentos como frutas e verduras e por este motivo não consumiam. No entanto, ressaltaram que a preferência se estabelecia por pães tipo francês, doces, refrigerantes, salgadinhos e demais guloseimas. Destaca-se que estes aspectos são próprios do estrato de idade em que se encontram, porém, os mesmos relataram desconhecimento sobre o efeito da alimentação na saúde bucal. Assim, os resultados corroboraram com os levantamentos da POF 2017-2018 (IBGE, 2019), que mostrou que 40,5% de escolares de 13 a 15 anos consomem guloseimas igual ou superior a cinco dias da semana e ainda, encontraram que 10,3% das despesas familiares estavam relacionadas com panificados.

Nem sempre as pessoas conseguem verbalizar suas opiniões de maneira espontânea. Foram percebidas nitidamente dificuldades de expressão e em estabelecer respostas pontuais entre os estudantes, os quais foram mencionados e resumidos nos parágrafos anteriores. Percebeu-se, então, que os assuntos teriam que ser trabalhados em formato diferente e deveriam ser tratados em conjunto com o grupo e não apenas de forma individualizada. Desta maneira, os apontamentos gerais trazidos a partir das entrevistas individuais foram trabalhados por meio de amplas discussões entre os alunos, em formato de rodas de conversa e organizadas por meio de oficinas, como mencionado anteriormente.

Explica-se ainda que as discussões, trabalhadas por meio de oficinas, geraram a sequência didática enquanto produto do processo educativo, o qual poderá ser replicado entre professores de Ensino Fundamental II, mas sobretudo entre os cirurgiões-dentistas e educadores, que atendem esse estrato de idade. Pois, segundo Brasil (2018), uma das atribuições dos cirurgiões-dentistas, que atuam na Atenção Básica, é garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Assim, levando-se em consideração estas atribuições, o presente trabalho colabora para o planejamento e execução de ações coletivas para que possam ter sequência e continuidade.

5.2.1 Categorias e Subcategorias

Na sequência serão apresentadas as categorias e subcategorias que resultaram, tanto das respostas trazidas a partir das entrevistas individuais, bem como pelas discussões e desafios trazidos por meio da construção coletiva durante as rodas de conversa. Pois, à medida que iam sendo confrontados e elucidados no transcorrer dos encontros, se tornavam protagonistas em estabelecer suas dúvidas e consolidação de seu conhecimento a respeito do assunto que foi trazido pela autora deste estudo. As mesmas estão resumidas na Tabela 2.

Tabela 2 – Categorias e Subcategorias, resultado da construção coletiva, de escola de Dourados (MS), no período de março a junho de 2019

Categorias	Subcategorias
Escola enquanto espaço de construção e aprendizagem	Organização de conceitos sobre prevenção e promoção da saúde bucal
	Informações para estabelecer estilos de vida para a saúde bucal
Utilização de oficinas pedagógicas e participativas	Prática assistencial em odontologia voltada para escolares adolescentes
	Compreensão da saúde bucal
	Estratégias para prevenção de doenças e agravos da cavidade bucal

Fonte: elaborada pela autora com base na análise de conteúdo segundo Bardin (2016).

A primeira categoria foi denominada de “Escola enquanto espaço de construção e aprendizagem” pois, percebeu-se que todo processo se estabeleceu de maneira concreta neste cenário. No início da coleta dos dados, principalmente quando foi realizada de maneira individual, notou-se que os escolares se mostravam um pouco arredios e tímidos. Assim, apesar de alguns terem demonstrado pouco interesse em aprender sobre saúde bucal ou mesmo expressar dúvidas, a relevância de um processo educativo sobre a compreensão da saúde e higiene bucal não pode ser deixada de lado pelos profissionais de saúde e sobretudo pelos professores e educadores.

Pelas falas apresentadas a seguir pode-se notar, inicialmente, o “aparente descaso ou desinteresse” por parte dos alunos entrevistados: E23: “*Como assim?... Nada...*” E18: “*... Não tenho muitas dúvidas; ah, tipo, eu não me interessa muito, sabe? Então, não tenho dúvida*”. Essas características evidenciaram ser um desafio ensinar para quem não demonstra interesse, pois 30,43 % demonstraram apatia em aprender sobre saúde bucal, estilo de vida e alimentação saudável, apesar do também desconhecimento relatado. Ou seja, percebeu-se que os mesmos não conhecem muito sobre o assunto, mas, também não demonstraram empenho em conhecer. Diante desta situação, o educador deve lançar mão de habilidades e desenvolver metodologias

que despertem curiosidade nesses educandos para, assim, juntos construírem uma aprendizagem significativa. Para Diesel, Baldez e Martins (2017), o enfoque construtivista da pedagogia de Paulo Freire possibilita que educador e educando aprendam juntos numa relação dinâmica.

O ambiente escolar é propício para a construção de conhecimentos e para o desenvolvimento do pensamento crítico. Assim, o educando pode adotar conduta de proteção aos fatores de risco para a saúde bucal, propiciando habilidades para enfatizar a necessidade de autocuidado (PEREIRA et al., 2017). Além das questões biológicas e dos fatores de risco, o diálogo e o conhecimento das questões sociais também devem ser estimulados para uma compreensão da saúde de maneira ampliada (SILVA; BODSTEIN, 2016). Para Casemiro, Fonseca e Secco (2014), a saúde escolar deve envolver os setores e contribuir para o empoderamento dos escolares, esclarecendo direitos em relação à saúde, à educação, à alimentação e à vida digna.

No entanto, apesar da indiferença manifestada por alguns, constatou-se que outros alunos demonstraram curiosidade pois, ao serem indagados sobre o que gostariam que fosse abordado durante o processo educativo responderam com mais determinação:

E1: “Legumes, essas coisas, doces e salgados”. E3: “Gostaria de saber como escovar melhor, porque eu escovo, escovo e meus dentes não branqueiam... como tirar as cáries dos dentes, escovando, se tem como...” E4: “Alimentação. O que a gente podia comer, assim”. E5: “Eu não sei... Alimentação! Ah, porque eu não como assim, fruta, verdura, essas coisas”. E6: “Como os alimentos podem prejudicar de algum jeito os dentes”. E8: “Ah, quantas vezes por dia a gente tem que escovar os dentes e qual é o necessário. E tipo, qual é a melhor pasta de dente. Eu acho que só”. E10: “Quantos minutos têm que escovar os dentes, quantas vezes tem que passar o fio dental no dia...?” E14: “Tipo assim, prevenir, pra não dar cárie, essas coisas assim, afta... Mau hálito”. E20: “Alimentação, porque eu como muita besteira...”

Observou-se que alguns escolares perceberam suas limitações em relação ao conhecimento e de práticas em saúde bucal, e, assim, optou-se por trabalhar com metodologias ativas e aguçar curiosidades, pois temas que não foram verbalizados na coleta inicial de dados foram relatados pelos alunos nas oficinas realizadas posteriormente.

Foi ofertada a oportunidade para que os escolares se expressassem de forma mais participativa, ou seja, quando era aberto um espaço para questionar, os estudantes se mostravam menos apáticos, pois, de acordo com Berbel (2011) à medida que os escolares trazem novas necessidades de conhecimento, as contribuições e o saber do outro deve ser valorizado e sempre estimulada a participação.

Cabe ressaltar que a escola em si pode ser um local estático quando seus estudantes não forem questionados e estimulados para se manifestarem ou mesmo argüirem sobre diversas situações tratadas em sala de aula. Com essas vivências, singelas, mas específicas na sala de aula, percebeu-se que a escola, indiscutivelmente, pode se tornar um local de ensino e aprendizagem e não somente ser utilizada enquanto local de repassar informações, pois os estudantes, quando chamados, participam de maneira efetiva. Segundo Diesel, Baldez e Martins (2017) os escolares assumem um papel de protagonismo do seu processo de aprendizagem quando tem a oportunidade de interagir, perguntar e discutir e não apenas presenciar aulas expositivas, sem diálogo.

A utilização de elementos disparadores para suscitar discussões tornaram-se recursos pedagógicos importantes, pois a princípio os escolares ignoraram um pouco sua própria realidade, mas conforme o processo foi sendo desenvolvido, observou-se melhor compreensão e envolvimento dos mesmos. Segundo Freire (2018), ensinar requer escuta e disponibilidade para o diálogo a fim de se conhecer o educando e assim, ele possa assumir um papel principal e não apenas ser um receptor de informações.

Assim, conforme a coleta de dados e o processo educativo foram se desenvolvendo, outras circunstâncias foram surgindo, os quais serão abordadas na sequência.

Notou-se a escola como importante ambiente formador e a subcategoria denominada “organização de conceitos sobre prevenção e promoção da saúde bucal” estabeleceu a âncora para a continuidade da aprendizagem, a partir dos questionamentos dos participantes. Constatou-se que os conceitos relacionados ao mundo da saúde devem ser estabelecidos entre os escolares de maneira precoce, mas também continuado em outras faixas etárias.

Notou-se ser fundamental que a equipe de saúde bucal realize o planejamento de suas ações de atenção direcionado para as necessidades da população da sua área de abrangência em conformidade com as características sociodemográficas de cada local e ao estrato de idade a ser alcançado, utilizando linguagem correspondente.

Ressalta-se que o conhecimento prévio que os indivíduos possuem se torna imprescindível para o planejamento das atividades educativas a serem desenvolvidas. A investigação das condições de vida e do contexto social que podem influenciar a saúde bucal dos indivíduos é um dos aspectos mais relevantes antes de iniciar uma atividade educativa (BRASIL, 2018).

As metodologias ativas foram trabalhadas em relação de igualdade de oportunidade de falas; os alunos foram convidados a sentar em círculo ou semicírculo, utilizando dinâmicas diferenciadas nas avaliações. Desta maneira, além da possibilidade de verbalização do que se

pensa, os escolares tiveram também a oportunidade de refletir de uma maneira lúdica sobre prevenção e promoção de saúde, a partir dos conceitos que foram compartilhados. Carvalho (2015), utilizou proposta de construção compartilhada de conhecimento através de elaboração de paródia de cantor conhecido, de maneira que o cuidado com os dentes fosse trabalhado de forma lúdica, facilitando a compreensão e inserção dos escolares nas ações educativas.

Assim, a partir dos conceitos de prevenção e promoção da saúde, uma segunda subcategoria, intitulada “Informações para estabelecer estilos de vida para a saúde bucal” foi referida, pois, os participantes, de maneira geral, expressavam pouco sobre os conceitos necessários no tocante a este assunto.

Observou-se que são muitos os fatores que podem influenciar na saúde bucal dos escolares, dentre eles o conhecimento que adquiriram ao longo dos anos, a oportunidade de contato com a equipe de saúde bucal, o acesso aos serviços odontológicos, suas percepções acerca de hábitos de higiene e estilo de vida saudável. Foram abordados dados coletados da realidade dos escolares, tanto a partir das entrevistas individuais como durante o coletivo trabalhado em formato de roda de conversa. Explica-se que essas questões foram posteriormente empregadas para a construção dos assuntos tratados nas oficinas e da sequência didática.

A primeira informação coletada e que se mostrou relevante para ser discutida foi o índice CPOD, dado indispensável para avaliação da saúde bucal. Cabe explicar que podem ser utilizados vários índices epidemiológicos como o de prevalência e incidência da cárie dentária, denominado de CPOD, originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937. Este índice é utilizado internacionalmente e é a sigla para dentes permanentes “cariados, perdidos e obturados”, composto pela soma dos dentes acometidos por lesões de cárie cavitadas (“cariados”), restaurados (“obturados”) e extraídos ou com extração indicada (“perdidos”) devido à cárie dentária.

O primeiro inquérito nacional realizado em 1986 entre adolescentes de 12 anos mostrou um CPOD de 6,7 (BRASIL, 2018). Em 2003, na primeira Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, denominada SB (Saúde Bucal) Brasil, o CPOD foi igual a 2,8. Já a partir da última pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), o Índice CPOD caiu para 2,07 e na região centro-oeste o índice médio foi de 2,63. Resumindo, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (CPOD entre 2,7 e 4,4), em 2003, para uma condição de baixa prevalência (CPOD entre 1,2 e 2,6), em 2010 (BRASIL, 2018). Segundo Agnelli (2015) as principais causas desta redução foram: a adição dos compostos fluoretados nas águas de

abastecimento, nos dentifrícios e aplicado nos dentes de forma tópica; o maior acesso da população aos serviços odontológicos e ao aumento das ações de promoção de saúde bucal.

O CPOD obtido para os escolares deste estudo foi de 2,17, considerado elevado para o município de Dourados/MS, que tem apresentado diminuição gradativa do índice CPOD ao longo dos anos, sendo, em 2001 de 3,11; em 2010 de 1,46 e em 2015 diminuiu para média de 1,12 (DOURADOS, 2018). Assim, o valor encontrado para os estudantes participantes deste estudo pode indicar que, embora o índice geral do município se apresente baixo, existem áreas específicas em que a atenção à saúde bucal ainda requer maior atenção, o que justifica ainda mais a elaboração de estratégias para promover o autocuidado.

Embora os dados do Índice CPOD encontrados para a população estudada indicam baixa prevalência de cárie, ainda precisa de atenção diferenciada para alcançar os valores recomendados pela OMS, a qual recomenda CPOD variando de zero a 1,1 (WHO, 2003). Segundo Agnelli (2015), ocorreu diminuição da prevalência de cárie na população brasileira, porém também ocorreu polarização, atingindo a população menos favorecida economicamente. Os resultados apontam para uma distribuição da cárie desigual, com concentração maior em uma proporção menor de indivíduos, situação que pode configurar como uma desigualdade encontrada no município de Dourados/MS.

A pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012) mostrou um aumento no índice CPOD entre a faixa etária de 12 anos (2,07) para a faixa etária de 15 a 19 anos (4,25). Esse aumento tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo (BRASIL, 2018), evidenciando a necessidade de ações educativas de saúde oral com foco na higiene oral e alimentação saudável, já que ocorre aumento do índice de cárie à medida que a idade avança.

Assim, o olhar deve ir além da sequela das doenças odontológicas; no caso da cárie dentária seria a presença da cavidade, considerando as limitações de qualquer classificação epidemiológica (PERES NETO et al., 2017). Sendo assim, é importante apreciar outros fatores que podem influenciar na saúde bucal, como hábitos de higiene e o conhecimento dos escolares sobre a saúde bucal, alimentação saudável, dentre outros, os quais influenciam o índice CPOD.

A segunda informação foi em relação à higiene bucal, e observou-se que todos os participantes relataram escovar os dentes, embora nem todos faziam a escovação todos os dias, como colocado pelo escolar E4: *“Não, não é todos os dias. Eu não vou falar que eu escovo todos os dias. Tem dia que eu escovo, tem dia que eu não escovo, não”*. Outros relataram frequência de escovação que variou de uma até cinco vezes ao dia, conforme apresentado na Tabela 3.

Notou-se que 16 dos 23 escolares escovavam os dentes de duas a três vezes ao dia, no entanto relatos evidenciaram necessidade de discutir sobre a frequência adequada de escovação e os horários imprescindíveis, como por exemplo: E1: “*Às vezes eu esqueço. Mas eu escovo de manhã e à noite, de tarde eu vou pra escola e fico muito apressado; mas às vezes eu escovo à tarde, quando eu lembro*”. E 14: “*Daí de noite, eu estava começando a escovar, daí eu fico... não preciso escovar de noite né?*”.

Tabela 3 – Frequência de escovação de dentes, escolares entrevistados em uma escola de Dourados (MS), março a junho de 2019

Frequência de escovação	Número de alunos	Porcentagem
Nem todo dia	1	4,35%
Uma vez ao dia	1	4,35%
Duas vezes ao dia	8	34,78%
Três vezes ao dia	8	34,78%
Quatro vezes ao dia	3	13,04%
Cinco vezes ao dia	2	8,70%
Total	23	100,00%

Fonte: elaborada pela autora.

A porcentagem de 96,65% de escolares que relataram escovar os dentes todos os dias foi compatível com o estudo de Pazos, Austregesilo e Goes (2019), realizado com 1.154 adolescentes do Município de São Lourenço da Mata – PE, com idades entre 14 a 19 anos. Os pesquisadores também observaram que 96,6% dos alunos escovavam os dentes todos os dias e ainda perceberam que estes estudantes possuíam autoestima elevada.

Além disso, 91,3% dos alunos entrevistados relataram escovar os dentes duas vezes ou mais durante o dia, porcentagem maior que a encontrada na pesquisa de Turrioni et al. (2012), entre 80 adolescentes estudados na cidade de São Carlos-SP, onde os autores observaram que 76,76% dos adolescentes escolares estudados escovavam duas vezes ou mais ao dia.

A frequência diária de escovação de três vezes ou mais não foi muito discrepante entre meninos (55,55%) e meninas (57,14%), diferente de outra pesquisa que observou 75,0% de prática diária de escovação igual ou superior a três vezes entre alunas de 9º ano (IBGE, 2016). Fato observado também na maioria dos países da Europa, onde as meninas escovavam os dentes mais de uma vez por dia e com mais frequência do que meninos e essa diferença foi evidente em todos estratos de idade e aumentou com o avançar da idade (WHO, 2016).

Ao serem indagados sobre a escovação da língua, 17 escolares relataram que sim; quatro escolares disseram que não escovam a língua e dois escovavam a língua somente eventualmente. E5: “*Não é sempre, porque às vezes eu tô com muito sono*”. Bem diferente do

encontrado por Turrioni et al. (2012), que observaram que somente oito dos 80 adolescentes pesquisados escovavam a língua.

A frequência de escovação não foi compatível com a quantidade de biofilme observado, podendo sugerir que talvez a maneira de escovar não esteja adequada ou os escolares teriam se sentido constrangidos em dizer que escovam com menos frequência. Granville-Garcia et al. (2010) apontam que os indivíduos tendem a relatar um comportamento aceitável, mesmo quando não os adotam. Silva Junior et al. (2016), observaram em uma revisão de literatura, que embora o adolescente apresente uma boa frequência de escovação diária, a qualidade da higiene bucal não é satisfatória, acarretando patologias, como cárie e doença periodontal.

Esses dados corroboram com a avaliação de hábitos de higiene bucal entre 390 adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do interior da Bahia (SILVA et al. 2018), que encontraram escovação dentária diária de 99,5% da amostra total e 0,5% relataram não escovar todos os dias; no entanto, a escovação foi considerada insatisfatória em 33,3% da amostra total, com número de escovações menor que três vezes ao dia. Turrioni et al. (2012) observaram higiene oral razoável ou deficiente de 67,3% dos escolares adolescentes antes das ações educativas através do Índice de Higiene Oral Simplificado, com escovação de duas vezes ou mais (61,8%).

Em relação a técnica de escovação, 11 relataram direcionar a escova principalmente para os dentes, em movimento horizontal:

E5: “Eu pego a escova, coloco a pasta, molho, aí eu começo de baixo, depois escovo de cima com movimento de vai e vem. Por dentro escovo às vezes”. E14: “Daí, eu só escovo os dentes. A língua também tem que escovar? Em cima do dente, de vai e vem; daí eu venho fazendo a mesma coisa aqui em cima também. Dentro, em baixo, tudo vai e vem”. E17: “E em cima dos dentes eu faço assim (mostra movimento horizontal no modelo). Não escovo por dentro. Também não escovo por dentro na parte de cima. Escovo só a parte de cima dos dentes e a parte de fora. A língua também não”.

Percebeu-se que os estudantes podem incorporar a higienização da gengiva e outras estruturas da cavidade quando bem orientados e melhorar a sua técnica geral de higiene bucal. Isto se estabelece quando os mesmos compreendem a diferença entre as técnicas de escovação e dos resultados que proporcionam ou simplesmente por ser esta a técnica adequada a ser seguida. Assim, os educadores podem “insistir” até que os hábitos diários de higiene bucal sejam incorporados na rotina dos estudantes, por meio de atividades em sala de aula.

Notou-se, por meio de algumas falas, apresentadas a seguir, que a higiene bucal depende estritamente de estabelecer rotinas e do ensino que pode ser estabelecido também a partir da família:

E9: “*Movimento de vai e vem em cima dos dentes. Na gengiva, em círculo porque eu recebi conselho do meu vô de sempre escovar em círculo. Eu já sabia escovar os dentes, mas ele me ensinou a escovar a gengiva. Eu não consigo escovar por dentro. Eu escovo a língua, aqui na frente, nos outros lados também, e só*”. E15: “*Onde tem gengiva eu faço bolinha. Tanto na parte de baixo quanto na parte de cima. A bolinha é média. Por dentro, na parte de dentro não escovo. Em cima, por dentro, onde tem gengiva também não*”. E1: “*Faço bolinha, bolinha grande. Por fora. Por dentro também, bolinha grande. Daí eu passo de novo. Daí eu escovo a língua e escovo também o céu da boca*”.

Notou-se que apesar de relatos referente a escovar frequentemente os dentes, a escovação pode estar sendo realizada de maneira inapropriada. Observou-se maior quantidade de movimentos horizontais e o fato que três escolares desconheciam ter que escovar a gengiva e seis escolares a face lingual ou palatina, corroborando com o estudo de Turrioni et al. (2012), que observaram que o movimento mais utilizado era o horizontal e o menos utilizado o vertical.

Aspectos como combinação e importância dos movimentos, no sentido de serem favoráveis na remoção da placa podem ser ensinadas durante as ações educativas. Embora a maioria dos adolescentes estudados por Pedrosa et al. (2019) escovassem os dentes, a alta prevalência de sangramento gengival encontrada levou a refletir em melhorar a escovação por meio de atividades práticas para ensinar a higienizar todas as faces e adquirir uma sequência de escovação.

Wainwright e Sheiham (2014) avaliaram os métodos de escovação recomendados para adultos e crianças por associações de dentistas, empresas de creme dental e escova de dentes e fontes profissionais, como em livros didáticos de odontologia e por especialistas de dez países, incluindo o Brasil; observaram grande diversidade sobre os métodos de escovação. O método mais recomendado para 19 anos, foi a técnica de Bass Modificada, mas notou-se não haver unanimidade entre os fabricantes, profissionais e pesquisadores sobre a técnica mais adequada, a frequência e a duração. De acordo com Rizzo-Rubio et al (2016)., mais importante que a técnica recomendada é a promoção da higiene bucal, com remoção adequada de todas as superfícies dentárias, independentemente do método escolhido.

Em relação à utilização do fio dental, somente quatro (17,39%) dos entrevistados relataram passar o fio dental diariamente; dois (8,70%) usam o fio dental às vezes e 73,91% (n=17) não fazem uso do fio dental. E1:

“*Eu escovo os dentes; daí quando não adianta, eu passo o fio dental*”; “*Ah, não uso muito não. Mas eu uso quando eu preciso*”. “*Duas vezes no mês*”. E2: “*Tem em casa, mas é bem difícil usar fio dental*”. E10: “*Usava. Parei de usar. Acho que lá em casa nem tem mais fio dental*”. E12: “*Uso mais palito nos dentes do que fio dental*”. E17: “*Não, porque eu não gosto muito. Quando eu passo, machuca a gengiva, geralmente*”. E19: “*Não passo fio dental porque é muito chato passar o fio dental com aparelho*”.

Somente um aluno relatou saber passar o fio dental corretamente. E7: *“Eu passo assim, (mostrando no modelo) raspando, aí eu viro pra cá para tirar, eu vou passando daqui para cá; ... aí eu escovo de novo pra ficar bem limpo”*.

Observou-se que a escovação dos dentes ocorre, embora a técnica não esteja correta; no entanto, a utilização do fio dental ficou muito aquém do esperado. Percebeu-se que esta situação pode estar relacionada a fatores como: falta de hábito ou cobrança familiar, falta de fio dental para fornecimento aos escolares ou mesmo falha nas ações educativas por parte dos educadores e da equipe de saúde bucal. Silveira et al. (2012) observou que dos 763 adolescentes de 15 a 19 anos estudados, 71,1% escovavam três vezes ou mais por dia, mas somente 41,2% utilizavam fio dental.

Na avaliação de hábitos de higiene bucal entre adolescentes, Silva et al. (2018) observaram que embora 99,5% escovassem os dentes todos os dias, 46,7% dos adolescentes não utilizavam o fio dental e aponta que além da distribuição da escova e do dentifrício, a oferta gratuita do fio dental poderia auxiliar a transpor a barreira econômica no estabelecimento do hábito. Os autores relataram ser comum ensinar a utilizar o fio dental utilizando formas artesanais e de fácil acesso, como a ráfia ou sacos de linhagem, nas ações educativas.

A terceira informação encontrada entre os estudantes estava relacionada com quem ensinou a escovar os dentes e se essa pessoa era próxima ao estudante. Segundo Granville-Garcia et al. (2010) o fato de que 49% dos escolares estudados não utilizarem o fio dental, também não obtiveram informações de como utilizá-lo (55%) chamou atenção. Desta maneira, ensinar como escovar e passar o fio dental, bem como o porquê da importância de hábitos de higiene bucal é fundamental para conseguir mudanças nos índices de biofilme dental.

Quando perguntados quem tinha ensinado sobre o cuidado com os dentes e boca, percebeu-se que a presença materna no ensino da escovação dental foi predominante, sendo que dos 23 alunos entrevistados, 12 escolares lembraram de ter aprendido com a mãe, embora outros membros da família também tenham ensinado.

E2: *“Minha mãe. Dentista eu acho que já, quando ia lá na minha outra escola”*. E6: *“Meu pai”*. E8: *“O meu irmão mais velho”*. E9: *“A minha mãe. Eu era bem pequenininha”*. E14: *“Eu estudava em outra escola, eu era pequeno, os dentistas me ensinaram como é que escova. Daí vocês também, ensinaram tudo”*. E23: *“Minha mãe me ensinou. Que eu me lembre o dentista não ensinou. Talvez quando eu era pequeno sim, mas eu não lembro”*.

Essas falas apontam que, quando a família já possui o hábito estabelecido em relação à higiene bucal este será seguido mais facilmente pelos descendentes.

A adoção de hábitos de higiene bucal depende das informações adquiridas, da maneira que foi ensinado e também da repetição constante desses ensinamentos. Silveira et al. (2012) observaram que embora os adolescentes estudados em Montes Claros /MG, tivessem acesso aos serviços odontológicos, estes não garantiram captação desse autocuidado, já que relataram não ter recebido informações dos profissionais sobre higienização, autoexame da boca, uso do flúor e informações sobre como evitar problemas bucais. Assim, é importante o envolvimento da família nas ações educativas, bem como a presença dos profissionais de saúde bucal no ensino em saúde, lembrando e relembrando constantemente para que também venha a ser uma presença marcante, tanto na infância quanto na adolescência.

A quarta informação relevante para estabelecer hábitos de higiene foi em relação ao fato de já terem experimentado algum tipo de bebida alcoólica, e 13 escolares responderam que sim, o que representa mais da metade.

E1: *“Quando eu era pequena, minha babá era meio doida, ela colocava cerveja na mamadeira e me dava; daí ela foi presa por causa disso”*. E2: *“Uma vez que tomei um golinho, meu irmão me deu energético com vodca, um golinho, que eu achei que fosse guaraná”*. E6: *“No Ano Novo. Aí eu tomo um gole de vinho, que meu vô me dá, às vezes, meu pai”*. E8: *“Minha mãe até que deixa a gente beber, mas tipo assim, junto com ela”*. E12: *“Ah, cerveja, ..., vodca, batidinha, caipirinha... tipo, eu divido com a minha mãe por exemplo, é coisa de três goles na semana. Quando tem”*. E13: *“Ah, eu bebo... vodca com energético, ..., ponche. Ah, quando minha mãe compra. Ela me deixa tomar, só um pouquinho; porque ela não gosta que eu tomo”*. E18: *“Cerveja. Em casa de amigos... Na casa dos meus parentes; vou na cabeça do povo né”*.

O adolescente quer experimentar, mas essa curiosidade pode levar a abuso no uso e levar a danos físicos, mentais e sociais. A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar de 2015, identificou que 37,0% dos escolares de 16 a 17 anos de idade já sofreram com episódios de embriaguez e aproximadamente 12,0% deles tiveram problemas, com família ou amigos, porque haviam bebido. Pazos, Austregesilo e Goes (2019) observaram no seu estudo que entre os 6,4% que fazem uso do álcool tem contato apenas uma vez na semana (88,1%); exatamente a mesma porcentagem encontrada por Pedrosa et al. (2019).

Em estudo de outros países, as taxas de uso de álcool e embriaguez precoce aumentaram substancialmente (especialmente entre 13 e 15 anos). Ainda tende a ser mais comum entre meninos, mas as diferenças entre os gêneros parecem estar diminuindo, particularmente em relação ao consumo semanal e embriaguez em mais de uma ocasião, mas não foi observada influência da renda familiar no consumo de álcool (WHO, 2016).

Observou-se que a bebida alcóolica é ofertada dentro dos próprios lares; podendo ser considerado normal essa experiência e sem perceber que pode ser o início da reprodução de um hábito nocivo. E ao mesmo tempo, filhos de pais que não consomem e não oferecem bebida

alcoólica, tendem a ter menos experiência precoce com esse vício: E5: “*Não. Meus pais não tomam...*”.

Na PeNSE de 2015 (IBGE, 2016) foi visto que na faixa etária de 16 a 17 anos, 73,0% dos escolares já experimentaram uma dose de bebida alcoólica. Nesse estrato de idade, pouco mais de 21,0% dos escolares tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos de idade e cerca de 60,0% possuíam amigos que consomem bebidas alcoólicas. O indicador de consumo atual de bebida alcoólica, considerando as duas faixas de idade analisadas, cresceu 56,5%, passando de pouco mais de 24,0% entre os escolares de 13 a 15 anos de idade para quase 38,0% no grupo etário de 16 a 17 anos.

Embora a legislação brasileira não permita a venda de bebida alcoólica a menores de 18 anos, o álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumida pelos adolescentes, em parte devido a propagandas que incentivam (ZEITOUNE et al., 2012). O consumo elevado de álcool está associado à negligência com a higiene bucal, favorecendo as patologias periodontais, como alterações nas mucosas, gengivite, diminuição do fluxo salivar, periodontite, recessão gengival e perda óssea, como relatado pela revisão de literatura de Marques et al. (2015). Pode gerar um processo inflamatório e potencializar outros fatores de riscos no tocante à saúde bucal.

Quando indagados se já utilizaram algum tipo de cigarro, narguilé ou outro tipo, sete (30,43%) relataram ter experimentado; sendo que geralmente nos grupos de amigos é onde se dá a primeira experiência, principalmente nas rodas de narguilé, que por vezes ainda contam com a convivência dos responsáveis:

E8: “Narguilé, mas depois eu parei. Experimentei na casa da minha amiga. A mãe dela estava”. E12: “É muito difícil eu fumar, tipo, quando, se eu fumo, coisa de três rochas., mais ou menos assim... Quando eu vou na casa dos meus amigos. Minha mãe sabe. Mas ela não gosta”. E16: “Narguilé. Quem comprou foi uma menina. Meu pai sabe. Ficou bravo”. E21: “Narguilé foi só uma vez, só. E foi lá na minha mãe. Aí tinha um monte de guri lá, tipo uma rodinha de amigos; na hora que tava acabando, a minha mãe pegou, aí ela falou: Ó, experimenta aí só uma vez. ...Ah, achei gostoso, porque estava com gosto de hortelã”.

A facilidade em adquirir produtos de tabacaria contribui para a disseminação desse hábito entre os adolescentes, já que os menores de idade, que pela legislação não podem comprar diretamente, acham uma maneira de obter estes produtos:

E14: “Narguilé eu fumo, só que cigarro, essas coisas não. Só experimentei, não gostei não. Ah, antigamente eu fumava todo domingo. Daí eu parei; porque eu ia na casa do meu amigo, né? Comecei com treze anos.... meu pai não gosta que eu fumo narguilé. Ele não deixa nem eu comprar!... Acha fácil para comprar aqui pertinho... se a polícia pegar, daí você se vira né? ...o cara ali vende também para menor, só

que assim, tem que trazer a assinatura do pai.” E20: “Narguilé sim. Na rua, em casa... nos amigos. Ah, eu gostei. ... fumo bem pouco. Às vezes minha mãe deixa... O máximo, assim, que eu já contei na semana é três... compro na tabacaria que tem na esquina de casa. Não vende para menor. O meu irmão que tem que comprar”.

De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) (2017), as políticas mundiais de saúde pública de regulação de controle de tabaco em sua maioria, visam ao cigarro. A fiscalização dos locais, o aumento no preço e a padronização dos produtos de narguilé, principalmente os aromatizantes, dificilmente são incluídos nessas políticas, o que contribui para a disseminação do narguilé entre a população.

O número de escolares que relataram já terem experimentado algum tipo de cigarro ou narguilé foi diferente do valor encontrado por Pazos, Austregesilo e Goes (2019), que encontraram taxa maior de adolescentes que não fumam (98,7%); e dos que utilizam cigarro o faz apenas uma vez ao dia (40,0%), associando ao fato de que possuíam autoestima elevada. A taxa de experimentação tende a crescer conforme aumenta a faixa etária; segundo IBGE (2016), no grupo etário de 13 a 15 anos a experimentação é de 19,0%, chegando a pouco mais de 29,0% entre os escolares na faixa etária de 16 a 17 anos; em torno de 24,0% possuíam pais fumantes. Quanto ao consumo de outros produtos do tabaco, pouco mais de 8,0% dos escolares de 16 a 17 anos de idade declararam fazer uso.

Os grupos em que o escolar está inserido influencia no início precoce, já que há uma necessidade em seguir padrões de comportamentos, de seguir os amigos e de ser independente e buscar independência. Baixa prevalência de experimentação de tabaco (5,1%) foi observado no estudo de Silva, Bezerra e Medeiros (2019) entre 390 adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – BA; indicando um comportamento de socialização diferente do morador da zona rural, aliado a fatores culturais, de maior auto confiança e capacidade de resistir ao uso do cigarro.

Na busca de seguir um grupo social, os adolescentes estão utilizando também outros produtos do tabaco, como o narguilé. Porém, o uso do narguilé preocupa os profissionais de saúde, já que segundo o INCA (2017), estimula o consumo de cigarros e acaba extinguindo as chances de cessação do tabagismo.

Destaca-se ainda que o tabaco está relacionado ao câncer bucal, à halitose e a outras patologias, como periodontopatias, melanoses, pigmentações, eritroplasias, leucoplasias, fibroses, estomatite nicotínica, dentre outras (NEVILLE et al., 2004). Os produtos tóxicos gerados pela queima do carvão e pelos produtos do tabaco e aromatizantes podem ter potencial carcinogênico, como as nitrosanimas específicas do tabaco, hidrocarbonetos aromáticos

policíclicos (HAP), aldeídos voláteis, benzeno, óxido nítrico e metais pesados. O carvão contribui com altos níveis de monóxido de carbono (CO) e a geração do carcinógeno HAP2 (INCA, 2017).

A maioria dos adolescentes entrevistados negaram ter experimentado alguma vez outros tipos de drogas ilícitas, no entanto um deles relatou ter experimentado maconha.

E14: *“Crack não, cocaína não. Maconha já, mas maconha igual um cigarro. Já experimentei maconha, só que eu não gostei também não. Sabe quando você recebe pancada na cabeça? Daí você fica meio tonto, né? Ahn... fica meio tonto, começa a arder os olhos, seu olho parece que tá pequeno, só que seu olho tá normal. Fica vermelho, começa a sair, ficar, um negócio assim... meu amigo ofereceu. Minha mãe falou pra eu parar, porque, meu irmão fuma né? ... Daí os amigos dele fumam junto com ele lá. Normal, né?”.*

Deve-se considerar a pouca idade dos entrevistados, já que o consumo das drogas ilícitas se inicia após o contato com drogas tidas como lícitas, como álcool e tabaco. Estudos em outros países revelam não ter encontrado associação clara entre uso recente de *cannabis* e renda familiar na maioria dos países e regiões pesquisados; os resultados revelaram que o uso de maconha é geralmente maior entre os meninos, assim como a idade de iniciação também é maior para os meninos em torno de um terço dos países e regiões (WHO, 2016). A fumaça da maconha pode ocasionar displasias, leucoplasias e eritroplasias, com potencial de malignização e o uso constante de maconha pode acarretar estomatite canábica, xerostomia, e doenças decorrentes de má higienização, como cárie e periodontopatias (MARQUES et al., 2015).

A experimentação de drogas ilícitas alguma vez na vida pelos escolares, no Brasil, aumenta de forma expressiva com a idade, aponta a pesquisa do IBGE (2016) que partindo de 9,0% na faixa etária de 13 a 15 anos, o indicador de experimentação de drogas ilícitas alcança o nível de aproximadamente 17,0% entre os escolares de 16 a 17 anos de idade. A experimentação antes dos 14 anos de idade ocorre em quase 3,0% dos escolares na faixa etária de 16 a 17 anos. Quanto ao consumo atual de drogas ilícitas, ele também aumenta com a idade. Para a maconha, o consumo atual foi de 7,2% entre os escolares de 16 a 17 anos de idade. Nessa faixa etária, em torno de um quarto dos escolares possuíam amigos usuários de drogas ilícitas.

De acordo com Zeitoun et al. (2012), há predominância do vivido e das informações oriundas dos contextos familiar, escolar, comunitário e da mídia no conhecimento dos adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas, de maneira que podem ser fatores protetores ou de risco. Levando em consideração os dados do INCA (2017) que revela que 92% dos vídeos disponíveis na internet retratam o narguilé de maneira positiva e na verdade escondem comerciantes por trás dos grupos de interesse, torna-se fundamental o diálogo permanente com os jovens.

Assim, quando bem orientados, os escolares são capazes de captar as informações recebidas e podem ser capazes de cessar eventuais curiosidades em experimentar, de modo que não venham a ser transformados em hábitos nocivos futuramente, pois alguns têm a falsa impressão que drogas lícitas são inofensivas. Zeitoune et al. (2012) afirma que é preciso que os adolescentes saibam das reais consequências e das grandes chances de dependência.

E21: “*Não vou beber nem fumar mais ..., se fumar... pode ter mancha no pulmão e o narguilé é pior ainda. Ensinaram na escola, quando eu estava estudando no quinto ano, teve, (?) do PROERD, aí explicou*”. Desta maneira, é importante conhecer as drogas lícitas e ilícitas e seus efeitos em longo prazo, mas fundamental também uma reflexão sobre os impactos para as próprias vidas futuras no consumo precoce dessas substâncias.

Normalmente a higiene bucal é negligenciada pelos usuários de drogas, acarretando halitose, maior número de cáries e problemas periodontais. Mas além das patologias decorrentes da precariedade da higiene bucal, Marques et al. (2015) também encontraram na literatura: bruxismo e trismo acarretados pela utilização de alucinógenos; diminuição do fluxo salivar e desgaste excessivo dos dentes em usuários de anfetaminas; xerostomia, erosão dentária, bruxismo, trismo, mordidas nos lábios e na língua, tremor de face, úlceras, parestesias, alteração na fala e edema de mandíbula em usuários de ecstasy e encontraram associação com bruxismo, xerostomia, herpes, papiloma, candidíase, leucoplasia e carcinoma em indivíduos que utilizavam opioides.

A maioria das malignidades bucais, aproximadamente 94%, são carcinomas de células escamosas, cuja etiologia é multifatorial; entre os fatores extrínsecos que podem influenciar estão o álcool e o tabaco, sendo importante orientar sobre os riscos para a saúde bucal (FURTADO et al., 2019). Embora atinja com maior frequência uma faixa etária mais avançada, é importante esclarecer desde jovem acerca dos riscos de malignização que os tecidos orais podem sofrer quando utilizados drogas lícitas e ilícitas.

Marques et al. (2015) encontraram associações na literatura de utilização de cocaína com perfurações palatais, irritações e lesões da mucosa bucal, abrasão dentária, disfunção temporo mandibular, glossodínia e queilite angular. Antoniazzi et al. (2013) verificaram em uma revisão de literatura várias alterações bucais associadas ao consumo de crack, que é a forma fumável da cocaína. O crack pode levar a alterações na mucosa devido ao calor, vasoconstrição e diminuição do fluxo salivar, além de efeitos deletérios na resposta imunológica. A literatura demonstrou maior ocorrência de lesões dentárias, doenças periodontais e alterações nas células epiteliais, lesões na mucosa bucal, como úlceras, candidíase oral em usuários de crack.

Segundo a PeNSE de 2015 (IBGE, 2016), a supervisão familiar tem efeito protetor quanto aos hábitos de fumar, beber, usar drogas ou iniciação sexual precoce. Práticas como fazer ao menos uma refeição com pais ou responsáveis na maioria dos dias da semana e o fato de saberem o que os adolescentes faziam no tempo livre, demonstraram ter efeitos de proteção quanto a hábitos de risco (MALTA et al., 2014).

Desta maneira, a informação e o diálogo devem ser uma constante tanto no ambiente familiar quanto em todas as oportunidades do contexto escolar. Reflexões sobre transmissibilidade de doenças através da saliva podem ser realizadas, já que segundo Sabino-Silva, Jardim e Siqueira (2020), a saliva pode ter um papel central na transmissão do COVID-19 entre humanos, pois estudos indicam transmissão do vírus SARS COV 2 pelas gotículas da saliva.

Uma quinta informação estava relacionada ao consumo de água, pois chamou atenção o fato, de maneira geral e pode ser visualizado nas falas, que os estudantes ingeriam pouca água. Assim, seis do total dos entrevistados relataram tomar dois litros ou mais de água por dia, um escolar relatou tomar oito copos por dia, um escolar tomava sete copos, dois escolares tomavam seis copos, um cinco copos, quatro escolares tomavam quatro copos, cinco tomavam três copos e três tomavam no máximo dois copos de 200 ml de água por dia, mas, também não contaram exatamente. Notou-se, pelas falas a seguir, o descuido, de maneira geral, em relação à quantidade de água consumida durante as 24 horas do dia.

E4: *“Eu não tomo muito, não. Pouco. Bem pouco”*. E16: *“No máximo dois copos por dia”*. E10: *“Três copos durante o dia. Eu bebo suco e água”*. E17: *“Ah, nunca contei não. À tarde eu tomo mais. Uns seis copos, uma garrafinha né”*. E14: *“Uns cinco só. Não tomo bastante, muita água não”*. E15: *“Sempre que eu estou em casa toda hora eu estou bebendo água”*.

A água foi o líquido mais ingerido entre os adolescentes, assim como no estudo de Scabar et al. (2014), que encontraram média de 359 ml diários de água por meio de dados coletados em três recordatórios de 24 horas; observaram também que os adolescentes tendem a relatar um grau de ingestão de líquidos maior do que de fato experimentam no cotidiano.

O consumo de água é importante tanto para a saúde geral, evitando vários agravos, entre elas a doença renal crônica, como também para a saúde bucal, pois a água é fundamental para a hidratação dos lábios e é um dos componentes da saliva. Segundo Tommasi (2013), as células estriadas do ducto salivar têm morfologia semelhante às associadas com o transporte de água encontradas em outras partes do organismo, como às dos rins.

A saliva consiste de uma complexa mistura de substâncias orgânicas e inorgânicas e suas funções são: proteção e lubrificação das mucosas, favorece a deglutição e a fala,

ação antibacteriana, digestiva, auxilia na percepção do paladar, capacidade tampão, remineralização do esmalte e limpeza da boca (TOMMASI, 2013, p. 719).

A hipossalivação pode contribuir para acarretar diversas patologias, como cárie e periodontopatias; além de dificultar a mastigação e deglutição. A desidratação é uma das possíveis causas da hipossalivação, dentre várias outras, como diabetes mellitus, condições auto imunes e inflamatórias, radioterapia da região cervical e/ou cefálica, medicamentos, etc. (FALCÃO et al., 2013). Embora a xerostomia, sensação subjetiva de secura na boca, esteja frequentemente associada à hipofunção das glândulas salivares, fatores como insuficiente ingestão de fluidos e perda de água/metabólitos podem estar envolvidos, como doenças sistêmicas, iatrogenias e fatores locais como fumo e respiração bucal (NEVILLE et al., 2004).

É importante a frequente ingestão de água pelos adolescentes, pois os programas de fluoretação da água de abastecimento buscam alcançar níveis adequados, a fim de prevenir cárie dentária (SCABAR et al., 2014). Além de promover hidratação das estruturas bucais, a água participa da composição salivar, fundamental para diluição dos compostos sulfurosos na cavidade bucal e eliminação de materiais orgânicos que ocasionam halitose (FALCÃO et al., 2013). Desta maneira, é imprescindível a compreensão da importância do hábito de beber água de maneira adequada e suficiente, desde a infância e adolescência.

A sexta informação disse respeito ao preparo das refeições e tipo de alimentos que consumiam com mais frequência e percebeu-se que 16 escolares relataram a presença materna nesse cuidado, bem como de outros membros da família:

E5: “No almoço é minha mãe, na janta na maioria das vezes é meu pai... A janta, o que sobrou, a gente come e meu pai faz mais alguma coisa”. E15: “O meu pai de noite e de manhã e às vezes meu pai e minha mãe à noite ou também quando meu tio fica em casa de manhã, ele faz a comida”. E22: “Minha vó, que mora na frente de casa. A minha mãe não tem tempo de fazer o almoço, aí minha vó faz pra gente. Aí sábado e domingo, minha mãe faz o almoço em casa e a janta. Minha mãe quando recebe dinheiro, faz compra e ajuda minha vó lá, né”. E11: “O almoço, tem vezes que sou eu, tem vezes que é a minha irmã, tem vezes que é a minha mãe... Só sei fazer o arroz, temperar o feijão e fritar ovo. Só isso...”

Alguns já cozinham e eram responsáveis pela sua própria alimentação e até de outros irmãos e, nem sempre as famílias conseguem priorizar o cuidado com a alimentação e relacionar o preparo das refeições com a saúde dos adolescentes. Essas percepções demonstraram lacunas no cuidado e atenção.

E12: “Sou eu, às vezes. Aí às vezes é minha irmã. No almoço... eu não como na minha casa, eu como aqui mesmo na escola. Na janta... às vezes. Quando tem coisa daí para comer”. E13: “Eu mesma. Porque eu já sei cozinhar mesmo. Daí o almoço eu faço porque a minha mãe trabalha e a janta meu padrasto que faz. Faço para minha

irmãzinha; quando ela tá com fome, ela fala, eu faço as coisas... Antes de vir para a escola eu passo ali no mercadinho e compro umas coisas para comer na escola, quando eu chego em casa, tem vez que eu faço pipoca para mim. Aí quando chega na janta, eu não como mais. Não almoço nem janto. Como o lanche da escola, eu gosto. É gostoso”. E16: “Minha mãe separou do meu pai; está morando em outra cidade. A minha vó que prepara as refeições. Toda manhã, ela vai lá em casa; ajuda a gente nas tarefas de casa, limpa casa, passa roupa... Como o meu pai disse que não quer jantar mais, ele pede pra gente fazer a comida; então eu só esquento o arroz e faço uma carne”.

Quando a família compreende a importância do processamento dos alimentos, o hábito de cozinhar pode ser construído de maneira conjunta: E21: *“Eu e minha madrasta que preparamos o almoço. É, ainda estou treinando. Aí eu faço arroz, às vezes tempero feijão, tempero a salada. E ela vai também me ensinando. Aí eu ajudo também a temperar carne, frango”.*

De acordo com as respostas do questionário observou-se que 15 (65,22%) dos escolares relataram tomar café da manhã, com predominância de pão e leite. No entanto, quatro (17,39%) escolares relataram não tomar café da manhã e quatro (17,39%) escolares relataram fazer o desjejum às vezes. Em relação ao almoço 21 (91,30%) estudantes falaram que essa refeição era realizada em casa e somente dois (8,70%) escolares relataram que não almoçam em casa e essa refeição é substituída pelo lanche na escola, que é servido por volta das 14 horas. No tocante ao lanche servido na escola 12 (52,17%) comem, quatro (17,39%) escolares relataram que não comem o lanche da escola e sete (30,44%) escolares disseram que comem às vezes o lanche da escola. Observou-se que somente cinco (21,74%) alunos comem algo entre o café da manhã e o almoço.

Dos alunos participantes do estudo, 21 (91,30%) responderam que os principais alimentos consumidos em sua residência foram o arroz, feijão e alguma proteína como ovos e carnes e fizeram pouca menção à alimentação fora de casa. Além disso, 10 (43,47%) estudantes relataram que incluem alguma salada ou legume na alimentação diária. Para o jantar, 19 (82,61%) também relataram que comem a mesma alimentação do almoço, ou seja, o que sobrou.

Uma das principais mudanças que ocorreram no padrão de alimentação diz respeito à substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados, que acarretam desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (BRASIL, 2014). Assim, a alimentação relatada pelos adolescentes pode ser considerada adequada no tocante ao tipo de alimentos, quando comparados aos processados e prontos para o consumo; fato que pode ser associado aos valores de eutrofia de IMC encontrados na coleta inicial de dados.

O número de estudantes que consomem feijão foi maior do que encontrado na PeNSE de 2015, onde o padrão de consumo de alimentos, considerados marcadores de alimentação saudável, entre os estudantes indicou que os estudantes consomem variações para o feijão, com oscilação entre 22,4% (Amazonas) e 74,0% (Minas Gerais) (IBGE, 2016).

No tocante ao nutriente proteínas, 91,30% dos escolares relataram consumir diariamente. O histórico da POF, ao longo dos anos, tem mostrado aumento do consumo de proteínas, como apresentado na sequência: Carnes, vísceras e pescados de 18,3% na POF (2002-2003) para 21,9% (POF 2002-2009) e se mantendo para 20,2% na POF 2017-2018). Para aves e ovos o quantitativo se manteve, sendo de 7,1% na POF (2002-2003), 6,9% (2002-2009) e 7,6% na POF (2017-2018). Além disso, a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar de alimentos preparados passou de 2,3% (POF 2002-2003), 2,9% (POF 2002-2009) para 3,4% (POF 2017-2018).

A dieta e a nutrição desempenham papel importante na saúde bucal, podendo afetar a resposta imunológica, composição da saliva e a integridade de várias estruturas, como dentes, osso e mucosas (FEIJÓ; IWASAKI, 2014). Embora o biofilme dental seja o principal fator etiológico da doença periodontal, a nutrição inadequada pode deixar o indivíduo mais suscetível ou acelerar um processo pré-existente.

Sendo a doença periodontal um processo que depende de resposta imunológica a irritantes locais, a ingestão de alimentos nutritivos deve ser constantemente estimulada. Para Newman et al. (2016), a depleção de proteína pode acarretar diminuição da resistência à infecção, cicatrização lenta e perda óssea alveolar; a deficiência da proteína afeta a integridade dos tecidos periodontais deixando-os mais vulneráveis à ação de bactérias. Segundo Gutierrez e Martinez-Mier (2020), a deficiência de vitaminas B2 (riboflavina) e B3 (niacina), encontradas nos alimentos fontes de proteínas, pode acarretar glossite e queilite.

Alimentos como carnes e vegetais são ricos em ferro e a baixa ingestão ou dificuldade de absorção de ferro podem levar à anemia ferropriva. A anemia ferropriva pode ser associada à predisposição a candidose oral, sendo a queilite uma das manifestações bucais da deficiência de ferro, bem como glossite atrófica e atrofia da mucosa bucal (NEVILLE et al., 2004), lesões encontradas também no estudo de Jacomacci et al. (2014) associadas à anemia.

A modificação dos padrões alimentares ao longo dos anos levou ao aumento do consumo de produtos com grande quantidade de açúcar. Segundo Feijó e Iwasaki (2014), práticas de higiene e orientações de dieta, explicando as fontes e quantidades de carboidratos fermentados fazem parte dos programas de prevenção de cárie. Freire et al. (2015) sugeriram

ações escolares a fim de melhorar a higiene bucal e promover a alimentação saudável que inclua mais alimentos frescos e menos produtos industrializados.

A sétima informação disse respeito ao consumo de leite e derivados: dez escolares referiram consumir todos os dias; quatro escolares tomavam leite seis vezes na semana; dois escolares tomavam leite cinco vezes na semana; um escolar consumia leite três vezes na semana, outro escolar duas vezes na semana, dois escolares tomavam leite uma vez na semana e três escolares disseram que não consumiam leite ou derivados. Nas falas podemos identificar ainda as preferências e ainda a adição de achocolatados e açúcar. E9: *“Leite eu tomo todo dia. Sou uma bezerra. Eu tomo na hora que eu acordo, na hora que eu me deito, no meio da tarde se eu sentir fome também”*. E23: *“Até que eu tomo bastante. Quase todo dia. Iogurte mais ou menos; queijo também não gosto muito não”*. E22: *“Não tomo”*. No entanto observou-se que gostam de leite com achocolatado: E17: *“Leite com achocolatado todo dia”*.

A quantidade de escolares que relataram tomar leite cinco vezes ou mais na semana (69,56%) se contrapõe à tendência de diminuição do consumo de leite e seus derivados. Segundo IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar de leites e derivados vem diminuindo e passou de 11,9% (POF 2002-2003), 11,5% (POF 2008-2009) para 10,6% (POF 2017-2018).

É incontestável que o biofilme seja a principal causa da doença periodontal, mas a ingestão alimentar inadequada de cálcio e vitamina D também pode representar um fator de risco modificável para a doença periodontal (PENONI et al., 2017). É importante que leite e derivados continuem sendo consumidos na adolescência, já que hábitos alimentares saudáveis podem ser perpetuados na vida adulta.

Uma oitava informação coletada foi no tocante ao consumo de frutas e vegetais frescos. Observou-se que, de maneira geral, os escolares gostam de comer frutas, sendo que oito (34,78%) consomem cinco vezes ou mais durante a semana, três (13,04%) três vezes, quatro (17,39%) duas vezes, dois (8,70%) uma vez e dois (8,70%) relataram que não têm sempre em casa esse tipo de alimento e quatro (17,39%) disseram que não comem frutas porque não gostam. As falas expressam um pouco da realidade sobre o consumo de frutas.

E6: *“Fruta eu como todos os dias; lá em casa a gente tem o costume de comer bastante fruta”*. E23: *“Gosto de comer banana, maçã...”*. E22: *“Fruta, quando tem eu como”*. E21: *“Eu e meu irmão comemos bastante banana. Às vezes a gente corta a banana e coloca leite condensado; fica gostoso. Mas fruta, quando tem, nós comemos todo dia”*. E16: *“Meu pai não é de comprar muita fruta, mas quando ele compra, eu como quase todo dia. Eu gosto de banana, maçã e laranja”*. E17: *“Só quando minha mãe compra banana eu como, só que não gosto não”*. E20: *“Fruta, quando a minha mãe me obriga comer”*. E19: *“Nossa, muito raro”*. E15: *“Não como”*. E11: *“Fruta, minha*

mãe... tem vez que ela compra, só que ela só compra banana". E13: "Quase toda hora, porque eu como banana".

Interessante dizer que dentre os oito escolares que não consomem frutas ou que consomem até uma vez na semana, sete eram meninas. Embora não tenha sido o intuito pesquisar a fruta mais consumida, notou-se que a fruta predominante foi a banana. Possivelmente pelo sabor adocicado, pela facilidade em comer ou mesmo pelo custo mais acessível. Pesquisa em outros países indicou que o consumo de frutas foi maior entre adolescentes de família mais abastadas, com diminuição do consumo diário de frutas com a idade entre 11 a 15 anos e as meninas relataram comer frutas com mais frequência (WHO, 2016), o que difere do encontrado neste trabalho.

Segundo o IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar de frutas foi de 4,2% (POF 2002-2003), 4,6% (POF 2002-2009) para 5,2% (POF 2017-2018), observando-se aumento gradativo no consumo de frutas. Na revisão sistemática de Barbosa-Filho et al. (2014), os treze estudos que analisaram especificamente o baixo consumo de frutas, a prevalência variou de 33,4% a 82,8% e em nove desses estudos estimaram uma taxa de prevalência acima de 50%.

Quanto ao consumo de verduras, dez (43,48%) escolares relataram comer verduras cinco vezes ou mais na semana, dois (8,70%) escolares comiam verduras três a quatro vezes na semana, quatro (17,39%) comiam uma a duas vezes na semana e sete (30,43%) referiram não comer. As verduras mais consumidas predominantemente foram alface e tomate. Notou-se ainda, pelas falas a seguir, que alguns estudantes tiveram dificuldade em identificar ou diferenciar as verduras de outros alimentos.

E23: "Verdura?". E18: "Alface, tomate e pepino". E22: "Verdura eu como bastante também. Minha vó faz salada todo dia". E16: "Na verdade eu como mais tomate. É bem raro comer alface; eu não gosto muito. E19: "Não como". E13: "Todo dia, porque minha mãe gosta e aí ela faz. Tem vezes que eu como salada com tomate; tem vezes que ela faz só salada de tomate; ela faz repolho, galinhada com repolho, ...".

As despesas com legumes e verduras na região centro-oeste foi de 4,2 %, de acordo com a POF 2017-2018 (IBGE, 2019). Na revisão sistemática de Barbosa-Filho et al. (2014), 11 estudos encontraram prevalência de baixo consumo de vegetais variando de 36,3% a 75,8% e em seis desses estudos (54,5%) observaram uma taxa acima de 50%.

De maneira geral, observou-se que os escolares não gostam de comer legumes ou hortaliças. Assim, dois (8,70%) escolares relataram comer legumes quase todos os dias, três (13,04%) escolares comiam legumes duas a três vezes na semana, nove (39,13%) uma vez na

semana e ainda o mesmo número disseram que não comem. Observou-se que os escolares, assim como em relação às verduras apresentaram dificuldade em identificar o que seriam legumes.

E21: “*Legume? Como assim?*”. E23: “*Eu como às vezes, mas não sou muito chegado não Minha mãe faz suco de beterraba junto com cenoura, ela fala que faz bem, eu tomo*”. E2: “*Única coisa que eu como é cenoura e abobrinha, mas é beeeem difícil porque não gosto de comer legume. Mas hoje eu comi cenoura porque minha mãe colocou cenoura no arroz*”. E8: “*Eu como todo dia, assim, umas batatas*”. E16: “*Só como cenoura crua, às vezes*”. E20: “*Eu não gosto. Minha mãe faz brócolis com uns negócios lá, eu não como, bem difícil (risos). Eu não como sopa cheia de legumes*”. E18: “*Ah, isso daí eu não gosto não. Nenhum dia*”.

O consumo menor de legumes em relação às verduras também foi identificado na POF ao longo dos anos. Segundo o IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar com legumes e verduras foi de 3% (POF 2002-2003), 3,3% (POF 2002-2009) e 3,6% (POF 2017-2018). Segundo a PeNSE de 2015, o padrão de consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável entre os estudantes indicou variações nos percentuais de legumes desde 27,8%, no Ceará, até 48,4%, em Minas Gerais (IBGE, 2016).

Algumas patologias bucais podem ser decorrentes da carência de vitaminas; as queilites, glossites e estomatites são manifestações orais associadas a deficiências de vitaminas do complexo B (NEWMAN et al., 2016). Uma dieta balanceada pode auxiliar na prevenção de doenças bucais. De acordo com Gutierrez e Martinez-Mier (2020) a deficiência de vitaminas do complexo B estão associadas a estomatite aftosa recorrente, hipomineralização do esmalte, queilosis, queilite, halitose, gengivite, glossite, atrofia das papilas linguais, estomatite e erupções cutâneas.

Enquanto nona informação percebeu-se que todos os dias os estudantes consomem algum tipo de massa, principalmente pães. Doze (52,18%) escolares consomem diariamente, cinco escolares relataram comer de três a quatro vezes na semana (21,74%), três (13,04%) uma a duas vezes e três (13,04%) referiram que nem sempre conseguem comprar o que gostariam de comer, devido às condições financeiras, que às vezes não estão tão favoráveis.

E22: “*Bolo, só quando tem aniversário. Pizza, quando tem dinheiro*”. E21: “*Pão, todo dia como só um pão. A última vez que eu comi torta foi quando eu fui na casa do meu amigo. Pizza, esses meses a gente não tá conseguindo porque tá terminando de pagar um carro, aí tá difícil*”. E18: “*Coisa de massa, posso dizer que todo dia*”. E16: “*Bolo quase sempre, a minha vó traz lá para casa. Pizza, quase toda semana. Se meu pai tiver dinheiro, a gente pode comer pizza a semana inteira*”.

O consumo alto de massas e panificados é compatível com dados nacionais que apontam para uma redução gradativa do consumo de massas e panificados ao longo dos anos, pois,

segundo o IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar com alimentação no domicílio de farinhas, féculas e massas foi de 5,7% (POF 2002-2003), 4,6% (POF 2002-2009) para 3,6% (POF 2017-2018) e de panificados, 10,9% (POF 2002-2003), 10,4% (POF 2002-2009) para 10,3% (POF 2017-2018).

Segundo Freire et al. (2015), deficiências no estado nutricional podem resultar em defeitos na estrutura dos dentes durante o seu período de formação e atraso na erupção dentária, além de alterações nas glândulas salivares. A consistência e a frequência do consumo de carboidratos simples, principalmente a sacarose, aumenta o risco de cárie nos indivíduos com grande quantidade de biofilme (DIAS; RASLAN; SCHERMA, 2011). A atividade metabólica das bactérias, por meio da produção de ácidos orgânicos, causa o desenvolvimento da doença cárie devido à desmineralização de tecidos dentários pela baixa do pH (FARIA et al., 2016).

E a décima e última informação diz respeito ao consumo de doces como balas, chocolates, biscoitos recheados, dentre outros foi relatado entre os entrevistados. Dos entrevistados, sete (30,44%) escolares relataram comer doces duas vezes na semana, seis (26,09%) relataram que consomem três vezes na semana, seis escolares (26,09%) quatro vezes ou mais, dois escolares disseram que comem doces uma vez na semana e dois escolares relataram comer doces somente às vezes. No entanto, apesar de referirem às vezes que consomem na semana, percebeu-se a partir das falas apresentadas a seguir que os estudantes apreciam os doces, especialmente as balas, que também são mais baratas:

E22: “Toda vez que eu venho pra escola eu compro um real de bala”. E21: “Quando tem pacote de bala, tipo, todo dia eu pego umas três, umas cinco e trago. Fim de semana passado teve aniversário, então...”. E5: “Só quando meu pai compra mesmo. Às vezes à noite depois da janta meu pai vai comprar”. E9: “Quando tem, eu como”. E18: “Não gosto muito de doce assim, mas bolacha recheada quase todo dia”. E15: “No mínimo duas vezes na semana”. E14: “Ontem mesmo, eu comi bastante bala, daí eu lembrei do que você falou, aí eu já parei (risos)”. E8: “Na segunda, na terça, na quarta, na quinta e na sexta, eu tipo, quando eu vou pegar o ônibus, meu ponto é na frente do mercadinho e às vezes eu tenho dinheiro e compro um biscoito, umas balas, chiclete...”.

No estudo de Turrioni et al. (2012), os autores encontraram um consumo elevado de doces, sendo de 58,2% entre os adolescentes escolares estudados. Nos 10 estudos da revisão sistemática de Barbosa-Filho et al. (2014) que analisaram o alto consumo de doces, a prevalência variou de 20,1% a 96,9%. Quatro desses estudos (40%) estimaram uma prevalência de alto consumo de doces acima de 50%.

Segundo a PeNSE de 2015, o padrão de consumo de guloseimas indicou que o percentual de média nacional de 41,6% (IBGE, 2016). Segundo IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar com alimentação no domicílio de

açúcares e derivados diminuiu de 5,9% (POF 2002-2003), 4,6% (POF 2002-2009) para 4,5% (POF 2017-2018).

Um dos produtos mais comuns na dieta alimentar da população brasileira é a sacarose, que pode iniciar um processo cariogênico, dependendo da frequência do consumo (FEIJÓ; IWASAKI, 2014), associado a outros fatores, como higiene bucal deficiente. A produção de ácidos pode ocasionar descalcificação, principalmente quando o açúcar é consumido entre as refeições, incluindo bebidas açucaradas (PERES et al., 2019).

Os adolescentes estudados mencionaram que gostariam de tomar refrigerante todos os dias e só não tomam mais porque não têm em casa, na maioria das vezes. Três (13,04%) adolescentes relataram tomar refrigerante todos os dias, seis (26,09%) de três a quatro vezes por semana, nove (39,13%) uma a duas vezes por semana e cinco (21,74%) consomem somente de vez em quando. A seguir seguem alguns relatos dos estudantes quando perguntados sobre o consumo de refrigerantes:

E19: *“Todo dia praticamente”*. E22: *“Só quando tem festa. Tipo, uma vez no mês”*. E23: *“Minha mãe cortou agora; antes eu tomava, pelo menos quatro vezes por semana. Agora eu tomo uma a duas só”*. E17: *“Meu pai não compra muito refrigerante lá pra casa porque se ele compra, a gente não vê a hora de acabar, então ele compra só de vez em quando”*. E15: *“Gosto. Quando tem em casa, é três vezes na semana”*.

Segundo a PeNSE de 2015, o padrão de consumo para refrigerantes revelou que o hábito entre escolares da região Centro-Oeste foi de 32,0%, sendo superior ao percentual nacional que foi de 26,7% (IBGE, 2016) e padrões internacionais ressaltaram que o consumo diário aumentou com a idade (WHO, 2016), o que deve ser em função do controle por parte dos pais e responsáveis. Segundo o IBGE (2019), a distribuição da despesa monetária e não monetária média mensal familiar de bebidas e infusões foi de 8,5 % (POF 2002-2003), 9,7% (POF 2002-2009) para 10,6% (POF 2017-2018). Na revisão sistemática de Barbosa-Filho et al. (2014), de maneira geral, foi identificado consumo de refrigerantes que variou de 20,4% a 71,0%, porém, a maior parte (84,6%) dos estudos trouxe resultados de consumo acima de 30%.

Água e bebidas são veículos que podem ter grande importância do ponto de vista da saúde bucal dependendo da concentração de fluoreto na água, do pH e do açúcar na bebida (SCABAR et al., 2014). O PH ácido dos refrigerantes e bebidas gasosas, que contêm ácidos carboxílicos, que podem modificar a estrutura do esmalte dentário (FEIJÓ; IWASAKI, 2014), sendo que a frequência da ingestão de açúcar e a retenção dos alimentos açucarados têm mais importância do que a quantidade de açúcar consumido.

Dos 23 escolares entrevistados cinco (21,74%) relataram comer salgadinhos industrializados e frituras cinco vezes ou mais durante a semana, um escolar relatou comer quatro vezes na semana, três escolares comiam três vezes na semana, três relataram comer duas vezes na semana, seis comiam somente uma vez na semana, um escolar disse que não comia salgadinhos industrializados e frituras e quatro escolares disseram que comiam somente de vez em quando, embora gostassem de salgadinhos industrializados e frituras.

Expressaram que comem menos do que gostariam, o que pode ser percebido nas falas a seguir:

E8: *“Eu como bastante. Oito dias na semana”*. E11: *“Sim, aí eu como quase todos os dias”*. E9: *“Ah, eu amo.... Se eu pudesse ter tudo isso, em uma semana eu comeria uns cinco dias”*. E20: *“Biscoito salgado só nos primeiros dias da compra... depois vai acabando”*. E18: *“Seis dias na semana, e gosto muito de salgadinhos de pacote”*. E16: *“Sempre que o meu pai compra para gente. Acho que três vezes na semana”*. E3: *“Umas duas vezes na semana”*. E5: *“Assim, eu não como toda semana, mas quando eu como, uma vez na semana”*. E6: *“Uma, duas (falou bem baixinho como se estivesse contando um segredo)”*. E10: *“Não gosto muito de batata porque eu fico com ânsia de vômito quando eu como batata frita ou batata palha”*. E12: *“Salgadinho é um dia mesmo”*. E14: *“Uma vez só”*. E17: *“Não, eu como assim de vez em quando, quando dá vontade, só que eu não como muito não”*. E19: *“De vez em quando, com meu irmão. Uns dois”*. E20: *“Biscoito salgado só nos primeiros dias da compra... depois vai acabando”*. E21: *“Biscoito salgado? Não. Tem lá em casa, mas não tô comendo não”*. E22: *“Isso eu não como, só bolacha doce”*.

A porcentagem de escolares que comem salgadinhos industrializados e frituras cinco vezes ou mais na semana (21,74%) é maior que descrito na PeNSE de 2015 em relação ao Estado do Rio Grande do Sul, onde o padrão de consumo igual ou superior a cinco dias de salgados fritos variou entre 9,9%, mas compatível com o Estado do Acre, de 21,3% (IBGE, 2016).

A cárie dentária é considerada uma doença multifatorial e a presença dos carboidratos fermentáveis da dieta, juntamente com o tempo e duração para que as bactérias metabolizem os carboidratos fermentáveis, produzem ácidos e ocasionam um PH baixo. Assim, é necessário orientar que produtos contendo amidos, tais como pão, flocos de milho, batatas fritas e pipocas diminuam os valores do pH para menos de 5,7 (DIAS; RASLAN; SCHERMA, 2011).

Ainda foi perguntado se os estudantes realizam atividade física e notou-se que, de maneira geral, possuem uma vida ativa, sendo que os entrevistados relataram participar das aulas de educação física, as quais acontecem duas vezes na semana, no entanto, sabe-se que para este estrato de idade não seria o suficiente. Assim, 16 (60,56%) estudantes referiram realizar outras atividades como andar de bicicleta, jogar futebol, judô, entre outros, mas, sete

(30,43%) relataram não praticar outras atividades físicas fora da escola, situações que também conseguem ser percebidas nas falas:

E2: *“Eu não faço nenhum curso ou aula; mas eu brinco na rua com meus amigos de esconde-esconde, de futebol, de queimada, bandeirinha, vôlei, futebol umas duas vezes na semana”*. E3: *“Gosto de brincar com minha cachorrinha, gosto de correr com ela”*. E5: *“Ando bastante de bicicleta. Duas, três vezes, por semana”*. E7: *Eu gosto de jogar futebol. Quando meus amigos chamam, eu vou”*. E14: *“Venho de bicicleta para a escola. Dá uns 15 a 20 minutos. Faço futebol toda terça, depois da escola. Terça, quinta e sexta. Sábado também tem”*. E20: *“Fora da escola eu faço natação, toda quinta”*. E22: *“Minha casa dá umas vinte quadras. Às vezes venho de carro. Mas normalmente venho a pé, volto a pé”*.

Os escolares relataram gostar das aulas de educação física, e, de maneira geral, os mesmos se movimentam bastante, como ir para a escola a pé ou de bicicleta, condição que pode estar relacionado aos dados de que a maioria deles se encontrava em situação nutricional de eutrofia. Concordando com Dias et al. (2014), que concluiu em seu estudo com 1.716 adolescentes de Cuiabá, que os adolescentes que residem no interior possivelmente são mais ativos que as dos grandes centros, pois têm mais oportunidade de participar mais de brincadeiras de rua e andar de bicicleta.

Destaca-se que a inatividade física é um fator de risco comportamental presente na maioria dos adolescentes dos estudos da revisão sistemática realizada por Barbosa Filho, Campos e Lopes (2014), onde os autores encontraram grande número de estudos que apresentaram inatividade física acima de 50%; confirmando uma tendência mundial. Os autores destacam que alguns estudos indicam que adolescentes de nível socioeconômico elevado apresentam maior risco de inatividade física; observaram também associações de inatividade física com maior prevalência de sobrepeso ou obesidade, colesterol total alto, pressão arterial alta e alto percentual de gordura corporal.

Observou-se ainda expressões no tocante aos relacionamentos de maneira geral. Com a familiar 18 (78,26%) estudantes relataram que a convivência com os familiares é boa ou segundo eles, “normal”. No entanto, alguns relataram conflitos familiares, em parte oriundos de dificuldades financeiras ou com outros membros, que não são do núcleo, e que moram na mesma residência:

E9: *“Eu amo minha mãe, a gente é que nem amiga mesmo. Irmão age como irmão, briga, mas se ama. Já o meu padrasto... mesmo quando ele está em casa, a gente não conversa”*. E11: *“É meio difícil, porque as minhas irmãs são bem ignorantes...”*. E12: *“É meio difícil, né? Porque para a minha mãe ... é difícil sustentar, porque tem eu, tem a minha irmã, tem meu cunhado, sobrinha, então, é muito difícil”*. E13: *“... minha vó de consideração implica comigo, me sinto fora da família, daí fico meio chateada...”*. E19: *“Era melhor, agora tá piorando um pouco ... Não sei, é muito*

problema fora de casa. Problema de cheque, essas coisas, de salário... Na verdade envolve todo mundo né”.

Ainda 19 (82,61%) dos escolares relataram que, de maneira geral, possuem bom relacionamento com os colegas, e destes, cinco (21,74%) mencionaram que moram em bairros bem distantes, mas preferem estudar na escola porque se sentem bem, o que pode ser confirmado nas falas: E3: *“Me sinto melhor aqui do que em outra escola... Eles me fazem sentir que quero estudar aqui mais para frente... eles me tratam muito bem”*.

Um bom relacionamento entre os colegas pode ser um fator favorável para as ações de saúde, já que podem repassar esse cuidado para os outros colegas. Entretanto, algumas falas refletiram a existência de conflitos entre amigos fora da escola: E12: *“Quase eu não tenho amigos; ultimamente eu tô muito sem amigo... não frequento igreja”*. E14: *“Ah, fora daqui, tem uns que fumam, né? Meus amigos de sala, brincam, zoam, tem hora também de ficar um zoando o outro....”*.

O cuidado ao longo da adolescência é fundamental, pois comportamentos de risco mínimo aos 12 anos não significam necessariamente que estão totalmente protegidos no futuro. O aumento relacionado ao avançar da idade em todos os comportamentos de riscos pode ser explicado pela influência dos colegas durante a adolescência. Podendo ocorrer possíveis experimentações e menor priorização de comportamentos saudáveis, como atividade física e alimentação adequada. São necessárias constantes intervenções diferenciadas por idade, considerando sempre o contexto social que o adolescente vive para promover a saúde e o bem-estar dos jovens (WHO, 2016),.

A segunda categoria identificada foi em relação à importância em utilizar um método de ensino aprendizagem onde os alunos têm a oportunidade em participar. A mesma, de acordo com a Tabela 2 ficou intitulada como *“Utilização de oficinas pedagógicas e participativas”*. Assim, após a coleta inicial de dados por meio da realização das entrevistas individuais, os dados foram analisados e observou-se os principais pontos a serem trabalhados a partir das necessidades oriundas dos próprios escolares, os quais foram divididos em subcategorias. Os temas foram trabalhados por meio de oficinas, construídas em conjunto com os estudantes, no tocante às questões voltadas à saúde bucal.

A construção participante foi importante, pois assim, eles mesmos puderam ser os protagonistas das questões a serem trabalhadas. Foram realizadas dez oficinas de maneira dialógica, pois quando é ofertada a oportunidade de fala aos escolares, estes aproveitam e ocupam o centro das atividades educativas. Seguindo o pressuposto por Freire (2018), que

preconiza que o diálogo aberto deve suscitar indagações, procurou-se em todas oficinas propiciar reflexões e discussões.

As metodologias ativas de ensino proporcionam a interação entre os colegas e conduzem os escolares a emitir opiniões, refletir e colocar os pontos de vista sobre determinados assuntos; assumem um papel de protagonismo, já que conseguem pensar, verbalizar e discutir situações da sua realidade (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

Segundo Freire (2018) ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a produção e construção deste conhecimento; afirma ainda que quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Desta maneira, é fundamental a criação de condições para que essa troca de conhecimentos ocorra e a uma das maneiras é a disposição dos alunos em círculo, para que se sintam em posição de igualdade com os demais colegas, com os educadores e com os profissionais de saúde.

A mudança de postura do profissional de saúde na realização de ações educativas, de um modo tradicional, quase unilateral para uma postura participativa e aberta a discussões, nem sempre é fácil. Pode-se dizer que foi adquirida ao longo das oficinas, pois a mudança que ocorre gradativamente pode ser mais bem compreendida e assim, ser estabelecida e enraizada no profissional de saúde.

Destaca-se que houve necessidade constante de pensar e repensar as ações de promoção e proteção à saúde. Pois, além de observar e compreender o contexto dos escolares e suas necessidades, as ações de promoção de saúde em ambiente escolar, necessitam sempre contemplar metodologias diferenciadas das tradicionalmente realizadas pelos profissionais de saúde bucal especialmente para o público adolescente. Isto aconteceu porque percebeu-se que os estudantes do Fundamental I se encontram em um período muito particular de suas vidas, com anseios e emoções muito diferentes de quando eram crianças, em especial devido a necessidade de aceitação no grupo, aspecto muito particular para que os mesmos tenham qualquer iniciativa.

Assim, cada oficina foi planejada a partir da oficina anterior, das opiniões expressadas pelos escolares, das novas necessidades que foram surgindo, em uma construção conjunta. Foi necessária uma constante adaptação da linguagem científica para uma linguagem mais acessível para o público-alvo, para que essa troca de conhecimentos ocorresse com mais facilidade.

Além de refletir sobre as discussões dos temas abordados, as reflexões sobre o as atitudes da equipe, metodologias diferenciadas e a preparação de novas estratégias para as oficinas seguintes também foi primordial para o progresso do processo educativo. Os objetivos e como seria o transcorrer dos encontros sempre foi mencionado no início de cada oficina, bem

como uma breve avaliação da oficina anterior, não somente relacionado aos temas, mas também à metodologia aplicada e se a linguagem estaria adequada e compreensível pelos escolares.

Foram realizadas avaliações constantes, tanto pela equipe como pelos alunos, no intuito de melhorar as ações educativas em relação à linguagem dos assuntos discutidos e sobre as estratégias que foram utilizadas. Uma das estratégias de avaliação mais utilizadas foi de atividades de jogos e desafios; pois os escolares demonstraram ser competitivos e participativos.

Na sequência pensou-se em uma subcategoria e a mesma ficou como sendo “Prática assistencial em odontologia voltada para escolares adolescentes” (Tabela 2), para iniciar um processo de ensino aprendizagem, sobretudo enquanto caminho para cirurgiões-dentistas e professores no sentido de buscar estratégias adequadas ao público estudado, a partir da experiência vivenciada junto aos estudantes deste estudo.

Alguns aspectos puderam ser observados, que indicam a necessidade de mudanças na assistência odontológica, principalmente no sentido de melhor interação entre os profissionais de saúde e os escolares. Essa transformação pode estar relacionada a dar oportunidade para a fala e dúvidas dos escolares, conseguindo direcionar as ações para um cuidado mais efetivo e não simplesmente realizar ações mecanicamente. Assim, espera-se que os profissionais possam ser vistos e valorizados enquanto alguém que cuida e não somente como alguém que passa flúor ou realiza a escovação, por exemplo.

Um dos indícios da necessidade de mudança na prática profissional do profissional de saúde bucal está relacionado à pouca compreensão da população alvo sobre saúde bucal. Ao serem questionados sobre o entendimento do que seria saúde bucal, 22 (91.30 %) dos entrevistados associam a saúde bucal somente à saúde dos dentes; praticamente não relacionam outras estruturas da cavidade bucal.

E2: “Ah, uma pessoa que escova bem, que usa fio dental, que não come muito doce, essas coisas que dá cárie: chiclete, pirulito”. E4: “É cuidar dos dentes. É passar o fio dental e... não deixar a cárie vir, ficar com cárie. Só, que eu acho”. E6: “Cuidar bem dos dentes, fazer escovação, cuidar da alimentação, passar fio dental nos dentes e ir regularmente ao dentista”. E12: “Ah, tipo, cuidado da boca, né? Sorriso... Só isso mesmo”. E15: “Que é limpinha, que não tem cáries, essas coisas, e não dente amarelado”. E21: “Ah, boca sem cárie. Sem... bafo, sabe? É, boca... sem mancha, sem... aquelas manchas brancas, amarelas. É... assim... é isso.... só (risos) que eu sei só”.

Pelas respostas obtidas, verificou-se que o conhecimento prévio foi muito incipiente, pois os escolares não fizeram menção inicial à saúde gengival e nem de outras estruturas bucais. As falas foram compatíveis com as respostas obtidas pelas dez meninas de 10 a 14 anos, que participaram do estudo de Camargo e Cesaretti (2017) no município de Sorocaba – SP; que

relatarem conhecer sobre saúde bucal apenas sobre uso do fio dental, escovar os dentes, ir ao dentista, cuidar dos dentes, passar enxaguante bucal e dente limpo, enquanto os autores esperavam respostas relacionadas à boa higiene bucal, hálito puro, a gengiva não sangra nem dói durante a escovação, Já Garbin et al. (2009) descreveram que os 493 adolescentes de ambos os sexos, de 15 a 17 anos de idade, do seu estudo realizado em Araçatuba – SP, relacionaram os conceitos de saúde bucal com higiene (68,4%), aparência (16,2%) e ausência de doenças bucais (15,5%).

Para que a compreensão de que a saúde bucal seja muito mais que somente dentes limpos, é importante a sugestão de reflexão do quanto abrangente e dos fatores que influenciam nesse equilíbrio de saúde/doença na cavidade bucal. Foi realizado um convite aos escolares a pensar em saúde bucal além dos dentes, pois são imprescindíveis metodologias que estimulem o escolar a pensar, levando ao protagonismo do seu próprio processo de aprendizagem.

Outro indício de necessidade de mudança, foi a observação de que os escolares possam estar realizando as ações em saúde bucal mecanicamente, sem a compreensão do porquê fazer determinada ação. Por exemplo, realizar a aplicação de flúor ou bochechos fluorados sem ensinar para que serve ou como funciona o mecanismo de ação, não valoriza a atuação da equipe de saúde bucal, que normalmente possui muito preparo científico para que esses atos sejam simplesmente realizados automaticamente. Assim, através do ensino em saúde, poderemos contribuir para a mudança de hábitos de uma maneira reflexiva, entendendo o processo de mudança.

Fato observado quando os escolares foram questionados sobre a utilização do flúor e dois (8,70%) dos alunos ficaram pensando e não responderam; 11 (47,82%) devolveram a pergunta com outros questionamentos, denotando que nem sabiam o que era o flúor. Por exemplo: E2: *“Como assim?”*. E7: *“Que que é isso? (risos)”*. No entanto, ao explicar que a solução utilizada nos bochechos realizados na escola ou por meio de escovações supervisionadas contém flúor, lembraram que faziam rotineiramente no programa coletivo escolar dos anos anteriores. E20: *“Ahn, aquela aguinha? Aquela aguinha amarga? (risos) Esse ano não veio”*.

Respostas parecidas também obtidas no estudo de Camargo e Cesaretti (2017), que apontaram as principais respostas: não sabe, não respondeu, pasta ardida. A exposição ideal ao flúor é importante para limitar a progressão da doença, pois o flúor promove a remineralização do esmalte dentário. Cabe explicar que o flúor é um elemento do grupo dos halogênios e tem capacidade de reagir com outros elementos químicos e formar outros compostos; como fluorapatita na superfície do esmalte dentário, em sucessivos processos de desmineralização e

remineralização relacionados a flutuações no pH do biofilme (PERES et al., 2019). Lógico que não esperávamos que os escolares tivessem conhecimentos prévios tão aprofundados, no entanto a expectativa seria de que ao menos que relatassem sobre os efeitos preventivos em relação à cárie dentária. Conforme Camargo e Cesaretti (2017), esperava-se que citassem ser algo que fortalece o esmalte ou que faz com que os dentes fiquem mais resistentes e os protege contra as cáries.

Segundo Turrioni et al. (2012), o cirurgião-dentista, normalmente não possui em sua formação a preparação para atividades de promoção de saúde e normalmente as realiza individualmente na consulta odontológica ou em palestras com cerca de meia hora de duração, de maneira expositiva e unilateralmente. Desta maneira, destacamos que o ensino em saúde bucal, explicando o que é o flúor, para que serve e o porquê das ações, e não somente a maneira de realizar, aproxima os escolares dos profissionais de saúde. Podendo assim, ocorrer mais empatia e compreensão de que a equipe de saúde bucal não só cobra ações de higiene bucal; mas também cuida, também os enxerga como seres humanos e não somente números de bochechos fluorados ou número de escovações supervisionadas realizadas.

Uma segunda e terceira subcategorias foram apontadas a partir da categoria 2, sendo respectivamente, “compreensão da saúde bucal” e “estratégias para prevenção da cárie” (Tabela 3). Destaca-se que esses assuntos foram, na sequência trabalhados em formato de rodas de conversa e das oficinas pedagógicas. Na coleta de dados inicial, observou-se compreensão limitada sobre os diferentes aspectos que envolvem a saúde bucal, restringindo praticamente aos dentes e um sorriso perfeito. Assim, iniciou-se a construção de que saúde bucal é um conceito mais amplo do que apenas saúde dos dentes, discutiu-se sobre padrões de normalidade das estruturas anatômicas e foi realizada reflexão do que pode ocasionar mudanças nocivas à cavidade bucal.

Como já explanado anteriormente, embora o índice CPOD dos escolares estudados esteja na condição de baixa prevalência de cárie, objetiva-se sempre a um índice zero ou muito baixo de cárie (WHO, 2003). Considerando o fato de que o risco de cárie aumenta conforme o avanço da idade durante a adolescência (BRASIL, 2012), é fundamental a promoção de saúde na prevenção da cárie dentária. O diálogo reflexivo por meio de roda de conversa foi utilizado como estratégia para compreensão da dimensão multifatorial dessa doença, sobre prevenção, higiene oral e alimentação saudável.

Assim, foram trabalhados assuntos gerais e iniciada a discussões sobre saúde periodontal, incentivadas reflexões sobre hábitos nocivos em relação ao álcool, tabaco e outras drogas e um diálogo sobre escolhas alimentares saudáveis. Além disso, percebeu-se a

necessidade de unir esforços para prevenção de traumas dentais na escola, a qual foi trabalhada a partir dos participantes deste estudo, sendo incluída a escola como um todo, o que corrobora com a primeira categoria, onde a escola se mostrou enquanto espaço de construir o empoderamento.

Os detalhes das atividades realizadas serão trabalhados a seguir por meio da apresentação das oficinas.

5.3 Oficinas Pedagógicas

Cabe lembrar novamente que, após a construção das categorias e subcategorias segundo Bardin (2016), os conteúdos foram apresentados aos estudantes por meio de oficinas pedagógicas e também foi construída uma sequência didática.

Explica-se que as oficinas foram realizadas durante as aulas de Ciências, com duração de aproximadamente 40 minutos, sendo que foi explanado sobre o objetivo das oficinas e pactuado que haveriam avaliações, que poderiam ser em formato de jogos e desafios, bem como ficou combinado que ao final do processo educativo haveria uma avaliação final.

A elaboração de metodologias ativas e confecção de materiais educativos exige tempo, planejamento e conhecimento das necessidades do público-alvo. Desta maneira, o profissional pode encontrar materiais prontos, mas o ideal é que realize adaptações para o seu grupo específico. Ainda, trabalhar utilizando metodologias ativas requer inovação constante, tanto do escolar que deixa de ser um receptor passivo, quanto do educador que precisa criar, renovar e ousar sempre (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A princípio é desafiador para todos os envolvidos na ação educativa, já que nem sempre os educadores e educandos estão preparados para esse processo de interação e construção, sendo necessário um desenvolvimento gradativo e constante. Relatar que utiliza uma metodologia ativa e não instigar os escolares e estes não terem a compreensão da metodologia utilizada, pode comprometer o resultado (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A metodologia utilizada para melhor compreensão do que seja saúde a bucal foi a exposição dialogada e enquanto recurso didático foi utilizado um macro modelo confeccionado com material reciclável, ou seja, garrafas plásticas descartáveis e pintadas de branco, as quais serviram para imitar os dentes. Além disso, adaptou-se uma língua, gengiva, mucosa bucal e lábios confeccionados de tecidos para correlacionar com essas estruturas anatômicas (Figura 2). Utilizou-se também um álbum seriado para correlacionar o macro modelo às respectivas estruturas anatômicas.

Os recursos didáticos foram confeccionados propositalmente em um tamanho grande para chamar a atenção e suscitar curiosidades; mas as perguntas disparadoras são fundamentais para iniciar discussões e problematizações.

Figura 2 – Macro modelo de materiais recicláveis



Fonte: confeccionado pela pesquisadora e sua equipe.

Notou-se que esses materiais, confeccionados pela equipe, foram eficientes e trouxeram significados para a concretização do ensino aprendizagem e os estudantes se mostraram curiosos e interessados. Assim, as dinâmicas e ilustrações utilizadas foram importantes, pois, segundo os preceitos de Freire (2018), ensinar não é somente transferência de conhecimento, mas, requer trazer disparadores para a abertura para o diálogo.

A primeira oficina foi construída a partir da pergunta: “O que você entende por Saúde Bucal?” e verificou-se que as respostas ao questionamento inicial, o mesmo feito na entrevista individual, foram mais amplas e abrangentes, mostrando que a construção realizada por meio das oficinas obteve êxito. Sendo que após a realização das oficinas percebeu-se respostas foram bem mais abrangentes: “*Escovar os dentes todos os dias*”; “*Deixar os dentes limpos, sem bactérias*”, “*Usar fio dental*”, “*Dentes bonitos, sorriso lindo*”.

A partir destas respostas, foi lançada a segunda questão: “Será a Saúde bucal somente relacionada à saúde dos dentes?”. A pergunta disparadora gerou então reflexões, como: “A

língua também é importante; “A gengiva também”; “Se não escovar a língua, dá mau hálito”. Além das respostas acima, os estudantes relataram que a língua é importante para beijar, denotando o início da sexualidade. Essas respostas mostraram necessidade de outras atividades educativas no tocante às doenças transmitidas pela saliva ou manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, os assuntos a serem trabalhados neste estrato de idade é muito amplo e os adolescentes, quando incentivados, abrem-se para as discussões e reflexões.

Inicialmente os alunos foram estimulados a falar sobre o que sabem sobre a estrutura dental, os fatores etiológicos da doença cárie e as funções dos dentes. Descreveram conhecer que: *“os dentes têm raiz; que o dente tem esmalte e que por dentro tem a parte vermelha”.* Ao serem indagados sobre as funções dos dentes, relataram que: *“serve para falar, para mastigar”.*

Os escolares sabiam que a principal doença dos dentes é a cárie, que a higiene bucal e a alimentação têm influência no aparecimento dessa doença, mas não falaram sobre a associação de micro-organismos na causa da cárie. *“Não escovar os dentes direito, deixar restos de comida, má escovação, acúmulo de sujeira que causa cárie, comer doce...”.*

A partir do conhecimento dos alunos, começou-se a interação da equipe, utilizando-se os recursos pedagógicos, de uma maneira dialógica e interativa. A pergunta disparadora foi: *“Inicialmente precisamos de que para ter cárie?”* Foram instigados a pensar e concordaram que seria mesmo necessário primeiramente ter o dente.

Na sequência outras estruturas da boca puderam ser trabalhadas e realizado novo questionamento: Que mais seria parte da cavidade bucal? Lembraram da gengiva, questionaram o porquê do sangramento gengival e refletiu-se sobre a importância da higiene bucal. Também, à medida que foram estimulados, apontaram para a bochecha, ossos, vasos sanguíneos, nervos, glândulas e também os lábios. Demonstraram interesse em outros assuntos, levando para seu cotidiano e questionaram sobre os malefícios do uso de *piercing* e outros acessórios. Foi aproveitada a curiosidade sobre os hábitos para discutir sobre o equilíbrio muscular entre língua, lábios e músculos.

Os estudantes perceberam que saúde da boca envolve muitas estruturas e não somente os dentes. De acordo com Tommasi (2013, p. 3), *“a odontologia realiza o estudo, diagnóstico e prevenção de afecções que acometem os tecidos dentais, os tecidos de suporte e sustentação dos dentes, lábios, língua, mucosa bucal, glândulas salivares...”*; assim saúde bucal abrange muito mais que saúde dos dentes.

No tocante à avaliação dos conhecimentos compartilhados, a mesma foi realizada por meio de perguntas no formato de jogo entre os alunos. Os escolares foram divididos em cinco grupos e cada aluno recebeu três plaquetas de cores diferentes, para não haver confusão, com

alternativas A, B e C. Foram realizadas cinco perguntas e o grupo que tivesse maior número de acertos individuais, seria a equipe vencedora.

Observou-se que os escolares gostaram desse formato de avaliação através de jogos, pois todos participaram levantando as plaquetas em todas as perguntas. Podemos concluir que a oficina foi bem esclarecedora, pois poucos alunos erraram as respostas. Ao final, todos os alunos foram premiados com uma garrafa de água por serem vencedores e concluírem uma etapa importante do processo educativo, de maneira a enfatizar a importância de tomar água. Entretanto, o grupo que obteve maior número de acertos ganhou uma caneta a mais que os demais.

Obteve-se resultados satisfatórios, pois os escolares compreenderam que o assunto sobre a saúde bucal é bem mais amplo do que simplesmente dentes e um sorriso perfeito; discutiram sobre o que é considerado padrão de normalidade de estruturas anatômicas da cavidade bucal e refletiram sobre a importância da higiene bucal, alimentação saudável e evitar hábitos não recomendáveis, como cigarro e álcool, que podem levar a alterações nocivas na cavidade bucal.

O contato constante com os alunos é fundamental para que as discussões suscitadas em encontros anteriores possam ser sedimentadas ao longo do tempo. Após três semanas, perguntou-se aos escolares o que foi discutido na oficina; relataram algumas estruturas anatômicas abordadas, como: *“freio labial, bochecha, gengiva, danos que podem ser ocasionados pela instalação de piercings na cavidade bucal, que não pode escovar muito forte os dentes nem a gengiva; a gengiva não pode sangrar, tem que usar o fio dental certinho”*.

Relataram que compreenderam que saúde bucal não é somente saúde dos dentes e a importância da alimentação saudável e higiene para a manutenção da saúde bucal, além da transmissibilidade de doenças e hábitos deletérios: *“Não comer muito doce; pode pegar doenças como herpes; não pode fumar maconha e narguilé nem tomar bebida alcoólica; é importante tomar água, tem que escovar a língua, riscos do câncer de boca; a boca tem nervos, músculos, glândulas, importância de ir sempre ao dentista...”*.

Ao serem questionados se a linguagem foi esclarecedora, se foi de fácil entendimento e se teve tópicos que não foi compreendido. A maioria dos alunos relatou que *“foi legal e que a linguagem estava boa”*.

A saúde bucal é parte importante da saúde geral, impactando na qualidade vida dos indivíduos, já que a cavidade bucal é responsável pela mastigação, deglutição e participa na fonação; Narvai e Frazão (2008, p. 18) salienta ainda a questão estética, pela importância psicológica relacionada à autoestima dos indivíduos:

Saúde bucal é um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) [...] Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções do modo que lhe pareça adequado e lhe permita sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral.

No entanto, às vezes as pessoas não têm ideia da importância da cavidade bucal e das estruturas envolvidas. Garbin et al. (2009) relataram a necessidade de melhorar os conceitos e percepções sobre saúde bucal e estabelecer conexão com a saúde geral. Assim, a relação com os aspectos psicológicos é muitas vezes ignorada nas ações de saúde, abordando uma temática mais biológica e deixando de lado as percepções dos indivíduos.

Viero et al. (2015) realizaram uma pesquisa de campo com 108 adolescentes de 11 a 17 anos em escolas públicas do sul catarinense que participaram de três ações educativas sobre saúde bucal. Não encontraram diferenças significativas de conhecimentos nas avaliações antes e pós ações educativas e consideraram que um tempo maior de intervenção pode trazer um resultado mais significativo. Entretanto, os autores consideram importante utilizar métodos que favoreçam o diálogo, a troca de experiências e reflexão sobre as próprias práticas.

Alguns desafios são encontrados no trabalho de educação em saúde, como o despreparo para realizar metodologias ativas, sendo muito mais cômodo realizar atividades unilaterais, levando o conteúdo pronto. O processamento conjunto dessas atividades é mais difícil, pois exige um despir do profissional da figura central, levando o foco para o público-alvo (FREIRE, 2018), exigindo habilidade e treinamento para esta mudança de prática, que na verdade, não é tarefa fácil. Segundo Lara et al. (2019), espera-se que o educador que participa de processos de aprendizagem seja um facilitador com um potencial de multiplicar conhecimentos em formato de ondas, construindo novos significados.

Outro desafio foi adaptar a linguagem científica de maneira compreensível ao público-alvo, trazendo informações relevantes e científicas e correlacionando com a linguagem habitual da população, como palato/céu da boca. De acordo com Oliveira (2019), a prática pedagógica é ampla, pois está relacionada com o contexto sociocultural e o educador deve adequar o ensino às reais necessidades do educando, levando em consideração os saberes deste.

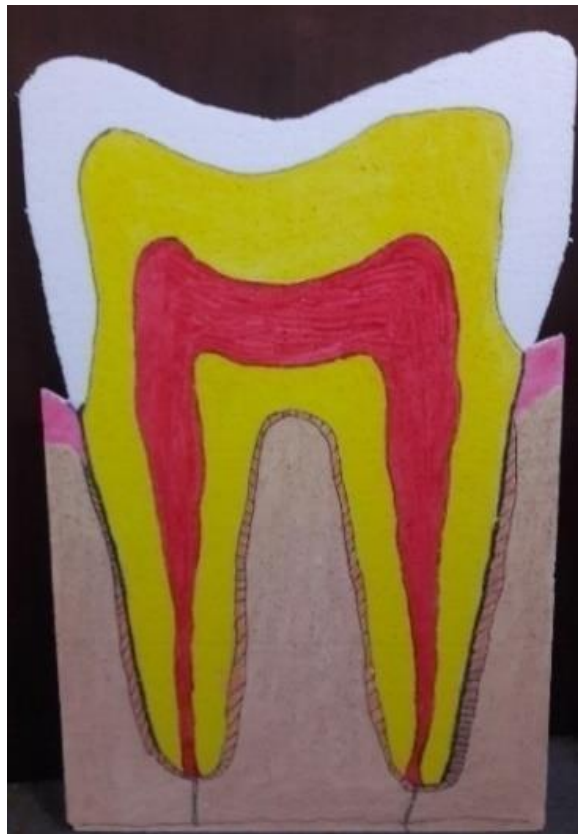
Os recursos pedagógicos são importantes para prender a atenção nessa faixa etária, tão acostumados a inovações tecnológicas. Mas materiais simples, como recicláveis podem ser transformados em disparadores de discussão e podem chamar mais atenção do que grandes aparatos tecnológicos. No entanto, os recursos pedagógicos, como o nome mesmo diz, não devem ser peças centrais, mas auxiliares em processos educativos. O principal aliado é a construção conjunta de reflexões que podem ser significativas a partir dos recursos pedagógicos

e se transformam em metodologias ativas.

Na sequência das oficinas, os alunos foram estimulados a falar sobre o que sabem sobre a estrutura dental, os fatores etiológicos da doença cárie e as funções dos dentes. Descreveram conhecer que: *“os dentes têm raiz; que o dente tem esmalte e que por dentro tem a parte vermelha”*. Ao serem indagados sobre as funções dos dentes, relataram que: *“serve para falar, para mastigar”*. Sabiam que a principal doença dos dentes é a cárie, que a higiene bucal e a alimentação têm influência no aparecimento dessa doença, mas não falaram sobre a associação de micro-organismos na causa da cárie. *“Não escovar os dentes direito, deixar restos de comida, má escovação, acúmulo de sujeira que causa cárie, comer doce...”*.

A partir do conhecimento dos alunos, começou-se a interação da equipe, utilizando-se os recursos pedagógicos, de uma maneira dialógica e interativa. A pergunta disparadora foi: inicialmente precisamos de que para ter cárie? Concordaram que seria mesmo necessário primeiramente ter o dente. Entra em cena então, um dente confeccionado em feltro com coroa e raiz de tamanho 90x50 cm adaptado a um molde de isopor, que se abria e evidenciava a parte interna do dente. Observou-se melhor visualização das partes dos dentes (esmalte, dentina, cemento e polpa) devido ao tamanho do dente, expondo melhor também a relação do dente com o osso (Figura 3).

Figura 3 – Parte interna de um dente em material isopor



Fonte: construída pela pesquisadora e sua equipe.

Os alunos foram estimulados a lembrar as estruturas internas abordadas na oficina anterior, pois muitos já haviam esquecido os nomes (“*Qual o nome da parte retratada pela cor amarela? E a parte vermelha, que abriga o nervo do dente?*”), correlacionando com informações científicas relevantes para a idade, como extensão da cárie, relação com a dor e tratamento para cada estágio.

Os alunos puderam perceber também a relação do periodonto de proteção e de sustentação com o osso e a importância da preservação dessas estruturas, em linguagem apropriada para a idade e sempre correlacionando com aspectos práticos para melhor compreensão (“*As fibras que ligam o dente ao osso funcionam como amortecedor, mola... periodonto de proteção: peri é ao redor, protegendo o dente, que é a gengiva... periodonto de sustentação: que sustenta, que segura a raiz; como a terra, que segura a raiz da árvore*”).

A partir do conhecimento da estrutura do dente, inicia-se a reflexão: é necessário somente o dente para ter cárie? Buscando a compreensão do processo de desmineralização e remineralização e fatores que participam desse processo, optou-se pela participação interativa. O dente foi fixado no quadro da sala de aula e foram realizadas reflexões conjuntas e os escolares iam acrescentando elementos nos cartazes e discutindo os fatores que influenciam na progressão da cárie dentária, como a presença do biofilme, dieta cariogênica e a higiene bucal deficiente (Figura 4).

Figura 4 – Construção de um processo da formação da cárie



Fonte: elaborada pela autora.

Como a higiene bucal é o principal fator para o controle do biofilme, primeiramente os alunos relataram como fazem habitualmente, mostrando no macromodelo. Após elogiar o fato de escovarem e espontaneamente demonstrarem, discutiu-se como poderia ser melhorada, seguindo a técnica de escovação de Bass (1954) com escova pequena e macia e utilização correta do fio dental aluno por aluno, já que a maioria não utiliza o fio dental.

A avaliação dos conhecimentos foi realizada através de momento lúdico, no formato originário da brincadeira da batata quente. As folhas com as perguntas foram sendo amassadas em formato de bola e quem pegasse responderia com a ajuda dos dois colegas ao lado e depois com ajuda dos demais colegas da sala.

Perguntou-se: 1) Quais são as partes do dente? 2) Quais as funções dos dentes? 3) Quais são os fatores causadores da cárie? 4) Como prevenir a cárie dental?

Uma outra forma de avaliar a oficina foi retornar após duas semanas e discutir sobre a evolução da cárie dentária. Para melhor visualização do processo de mineralização e desmineralização, bem como a evolução pelas estruturas internas do dente, utilizou-se a cola que dissolveu rapidamente o isopor na parte que seria o esmalte. E perguntou-se o que aconteceria se a cárie continuasse a evoluir? *“Vai aumentar”*, *“Vai para o vermelho do dente”*, *“Vai doer”*.

Indagados sobre o que fazer para não evoluir, responderam: *“Tem que escovar, né?”*, *“Passar fio dental”*, *“Comer menos doce”*, *“Ir ao dentista”*. Observou-se compreensão sobre os estágios da cárie dentária e a necessidade de prevenção. Notou-se também a necessidade de relembrar constantemente os conhecimentos adquiridos, já que alguns não lembravam mais exatamente os nomes das estruturas dentais.

A visualização do dente em isopor sendo dissolvido pela cola permitiu uma analogia do dente sendo desmineralizado pela ação da cárie dentária. Levando em consideração que o conhecimento descrito pode ser melhor compreendido através do visual e correlacionado com a realidade, podemos dizer que esse recurso pedagógico utilizado pôde contribuir como coadjuvante nesse processo educativo.

A atividade lúdica utilizada para a avaliação tornou-se um pouco barulhenta ao final, o que dificultou a escuta das respostas para alguns escolares; havendo necessidade de repensar a avaliação a ser realizada na próxima oficina. Talvez o fato de termos tirado as mesas e feito roda somente com as cadeiras e não termos separado os grupos, tenha contribuído para um barulho adicional. Desta maneira, planejar e repensar a partir das ações realizadas é primordial para o sucesso de qualquer processo educativo.

Esse planejar-fazer-repensar-replanejar e executar outra ação a partir da anterior exige

tempo, atenção e dedicação; exigindo mais que compreensão dessa dinâmica pelos profissionais de saúde. Exige política pública que venha ao encontro deste conceito de promoção de saúde: direcionada, planejada e resolutiva; essa política almejada não prioriza atendimentos e produções, e sim a importância que cada ação proporcionou para cada indivíduo e qual o impacto a partir de então.

Ao ensinar em saúde de maneira coerente e não somente resolvendo problemas curativos, o profissional de saúde se sentirá bastante realizado e se sentirá responsável por promover mudanças significativas na vida desses adolescentes, que em breve se tornarão formadores em saúde também, seja nos seus lares, nos grupos sociais e nas futuras profissões.

Embora os modelos teóricos explicativos da cárie tenham sofrido modificações, passando do modelo biológico de Keyes (1960) modificado por Newbrun (1983), para outros modelos, como o social e o ecossistêmico, uma visão de equilíbrio desse processo de desmineralização e remineralização mediado pela saliva deve fazer parte de ações educativas sobre saúde bucal. Para Lima (2007), o biofilme dental é um fator específico e não determinante; assim como o tempo. Se houver um controle do biofilme, periodicamente, permitindo desenvolver uma remineralização, a lesão de cárie não ocorrerá.

Segundo Costa et al. (2012), a cárie acomete desigualmente a população e não resulta apenas de fatores individuais, mas, também, de diferenças sociais; assim, passou a ser multicausal e deixou de ser individual para ser populacional. Os determinantes sociais de saúde passaram então a ser considerados na etiologia da cárie. O modelo de Dahlgren e Whitehead, (CNDSS, 2008) que dispõe os determinantes sociais da saúde em camadas, partindo dos determinantes individuais até a camada dos macro determinantes começou a ser utilizado. Além dos fatores predisponentes, a prevalência da cárie foi relacionada também com o contexto social e cultural, incluindo o nível de conhecimento, que influencia nas atitudes da população.

Sabendo que a educação em saúde atua em um nível de determinantes sociais mais amplo que simplesmente querer mudar o estilo de vida dos indivíduos, não podemos deixar de considerar que é importante que os adolescentes entendam o processo de equilíbrio de desmineralização e remineralização, pois assim podem pensar como atuar nesse processo.

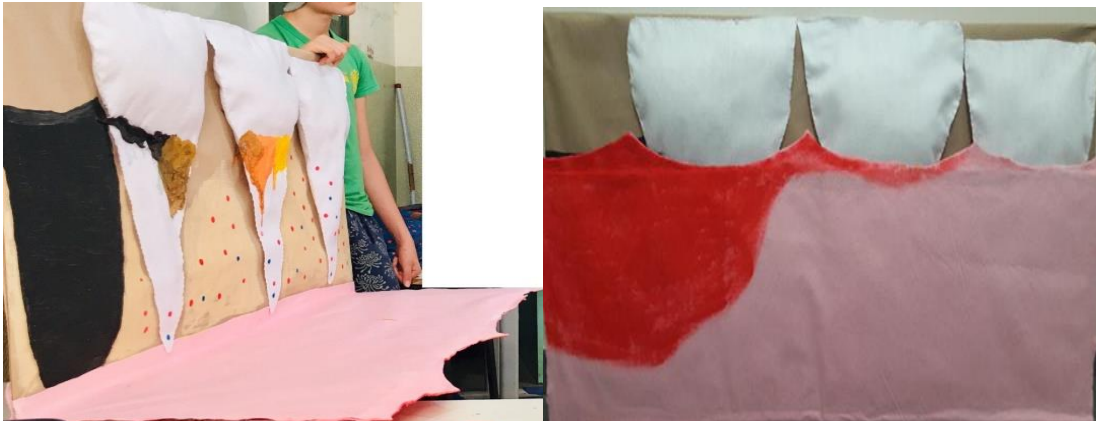
A finalidade desse estudo não foi analisar as diferentes teorias explicativas da etiologia da cárie; no entanto, destacamos que o enfoque capital social é um modelo que está relacionado ao nível de confiança social, ao empoderamento, à interação social que permitem às pessoas aprimorar suas habilidades individuais e coletivas e exercer maior controle sobre o autocuidado (COSTA et al., 2012).

Desta maneira, a educação em saúde pode atuar de maneiras diferenciadas, já que o

conhecimento biológico individual da etiologia da cárie também deva ser abordado, sem deixar de considerar a influência dos diferentes níveis de determinantes sociais e observando sempre o contexto social e cultural dos escolares. Assim, somente o conhecimento pode levar à autonomia e ao empoderamento dos adolescentes, podendo até mesmo reivindicar políticas de saúde que venham ao encontro das suas necessidades reais.

Na continuidade das oficinas, a partir da coleta dos dados e dos temas apontados pela análise do conteúdo, foi realizada uma oficina com a temática de ressaltar a importância da higiene bucal para a saúde periodontal. O método utilizado foi por meio de diálogo reflexivo em aula curricular da disciplina de ciências, em que foi discutido o que pode ser feito para prevenir as doenças periodontais. Utilizou-se materiais recicláveis como papelão e papel kraft para montar um macro modelo de dentes relacionando com as estruturas periodontais, de tamanho 0,60 x 1,14 m e quando aberto a medida é de 1,03 x 1,14 m (Figura 5).

Figura 5 – Macro modelo de materiais recicláveis ilustrando tecidos periodontais saudáveis e dentes – Aberto e fechado



Fonte: elaborada pela pesquisadora, participantes e sua equipe.

O macro modelo foi utilizado como disparador de discussões, pois após observarem o recurso pedagógico, os alunos identificaram o que viam: “*gengiva*”, “*dente*”, “*vermelha*”, “*não está vermelha em todos os lugares*”. E descreveram que ela não estava saudável em todos os lugares, que ela deveria estar mais rosada e não tão vermelha. Uma aluna foi até o material pedagógico e apontou onde achava que estava saudável e onde não estava dentro do padrão de normalidade. Perguntou-se o porquê da gengiva não estar toda saudável e surgiram suposições como: “*má escovação?*”, “*falta do fio dental?*”.

Alguns relataram que suas gengivas já apresentaram sangramento e ao serem indagados sobre as possíveis causas, disseram: “*quando a escova é nova*”, “*quando a gente está sem escovar*”, “*quando a escova é dura*”. Esclareceu-se que na maioria dos casos de sangramento

gingival, a causa está relacionada a falhas na higiene bucal (tempo, frequência e técnica de escovação, escovas inadequadas, maneira incorreta de escovar, falha na utilização do fio dental, utilização de palitos dentais) que ocasionam inflamação gengival.

Foi citado que algumas pessoas evitam escovar porque quando escovam apresentam sangramento gengival, piorando o processo inflamatório e sangrando cada vez mais. Orientou-se a utilização de escova macia, cabeça da escova pequena e a não colocar força exagerada na escovação, pois o segredo está no tempo e técnica de escovação, e não na força, que pode causar danos aos tecidos periodontais.

Ao serem questionados como deve ser uma gengiva saudável, os alunos disseram que deve ser “rosinha”, “não pode ser muito brilhante”, “não pode estar inchada”, “não pode ser vermelha”, “não pode sangrar”, evidenciando que os conhecimentos compartilhados foram captados pelos escolares. Lembraram também que o que está à mostra na cavidade bucal é a coroa e o que está dentro da gengiva é a raiz, que sustenta o dente (relacionaram a coroa do rei e a raiz da árvore).

Abrindo o macro modelo, convidou-se a observarem o porquê daquela gengiva estar daquela maneira. Onde havia saúde gengival, por dentro os tecidos periapicais estavam íntegros. Onde havia gengivite leve (pequena alteração de cor), poderia ter biofilme /placa dental ou cálculo dental. Os alunos fizeram suposição que o dono do dente não escovou bem. Explicou-se então, a diferença entre biofilme e cálculo dental. Perguntou-se se achavam que se escovasse adequadamente, o biofilme seria removido, ao que responderam que “sim e a gengiva voltaria a ficar saudável”.

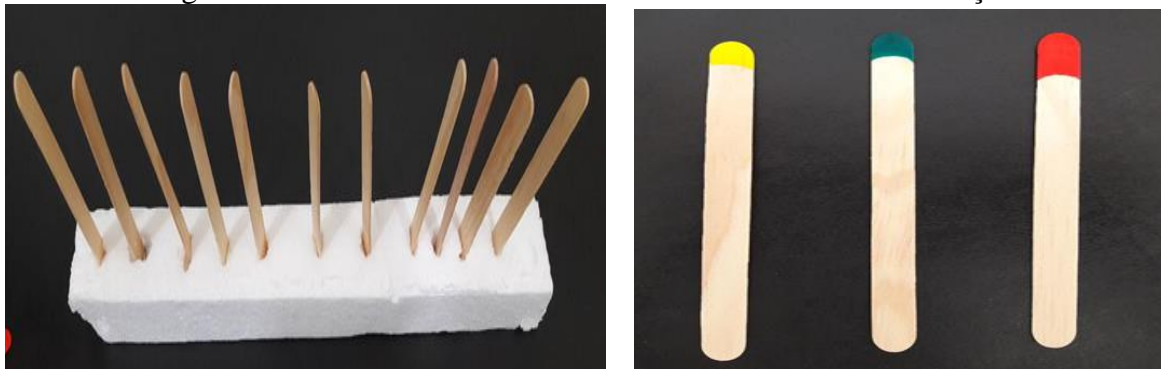
Após comentar que existe cálculo supra gengival e sub gengival, perguntou-se: se não for ao dentista, vocês acham que o cálculo vai sair sozinho? Responderam que não. Perguntou-se então sobre como prevenir e o que fazer quando forma o biofilme dental: “Passar fio dental”, “escovar”, “alimentação saudável, menos pegajosa”, “comer mais maçã”. Relataram que se não escovar a placa, vai endurecer, mas ainda está fácil do dentista remover. Foram unânimes em relatar que na raiz fica mais difícil de remover.

Ao acompanhar a evolução na ilustração, concordaram que se não tratada, a doença periodontal pode evoluir e levar a uma perda óssea, levando à mobilidade dental e até mesmo à perda do elemento dentário. Alguém do grupo compartilhou um caso, cujo familiar sofreu perda óssea e precisou se submeter a um enxerto ósseo e que foi muito dolorido, enfatizando a importância de cuidar da higiene bucal e da alimentação desde pequenos. Solicitou-se que refletissem se não estão comendo doce com muita frequência, vindo para escola sem escovar os dentes, sem passar fio dental.

Perguntou-se se estão escovando mais depois do início do processo educativo, com resposta positiva; inclusive relataram que estariam utilizando mais fio dental e mais conscientes sobre alimentação saudável e estão comendo menos doce.

Os alunos foram convidados a participar de uma dinâmica com palitos-surpresa, esclarecendo que todos podem contribuir e dar opiniões nas respostas. Um aluno prontamente se habilitou a começar o jogo: *“Tia, eu quero começar”*. Percebeu-se então, que gostam de games e se sentem estimulados a participar. Explico novamente que os palitos têm cores escondidas dentro do isopor. Os participantes que pegarem os palitos-surpresa na cor verde responderiam às perguntas fáceis; os que pegarem palitos amarelos responderiam às perguntas intermediárias e os que pegarem os palitos vermelhos responderiam às perguntas consideradas difíceis; salientou-se que todos poderiam ajudar nas respostas (Figura 6).

Figura 6– Materiais recicláveis utilizados na dinâmica de avaliação



Fonte: construídos pela pesquisadora, participantes e sua equipe.

O primeiro participante ficou um pouco ansioso para pegar o palito-surpresa, mas a cor era verde, o que o deixou aliviado. A primeira pergunta fácil foi: Como deve ser a escova adequada? Pediu ajuda aos outros participantes, que responderam: *“Macia”*, *“pequena ou média”*, *“tem que escovar em cima do dente e na gengiva também”*, *“a escovação tem que circular a gengiva”*.

A próxima participante se prontificou logo a participar e tirou rápido o palito amarelo. A pergunta foi: O que é a placa dental, também chamado de biofilme dental? A aluna ficou pensativa e outros colegas disseram: *“aquele depósito de comida”*, acrescentou-se que junto com a bactéria forma uma substância pegajosa nos dentes, que é normalmente incolor, branca. *“É o começo do tártaro”*, *“daí, se não escovar ...”*.

O palito vermelho foi retirado voluntariamente do isopor e a pergunta foi: “O que é cálculo dental ou tártaro?” Confundiram um pouco com o biofilme: *“Aquela massinha branca”*. Reexplicou-se novamente para melhor compreensão que se não escovar, o biofilme endurece e

falada na primeira oficina e a aluna relembrou e fez um apanhado de respostas das demais oficinas. “*A água ajuda a produzir saliva*”, “*para não ficar com a boca seca*”, “*dá mais cárie*”, “*dá mais problema de gengiva*”, orientou-se brevemente sobre a importância da respiração nasal e os problemas decorrentes da respiração bucal.

Anunciou-se que seria a última pergunta e foi retirado o palito vermelho: “Quais os estágios da doença periodontal?” Convidou-se a fazer a construção conjunta sobre os estágios e tratamento: “Quando está somente na gengiva, seria gengi...” “*é uma gengivite, inflamação da gengiva*”. E aí, quando tem uma gengivite tem que fazer o que?”, estimulando a resposta: “*Tem que cuidar, tem que ir no dentista, Passar o fio dental*”. “O próximo estágio não é mais gengivite; se não cuidar, torna-se uma periodontite. E se não tratar e higienizar, pode evoluir e perder o dente”.

Questionou-se a ação do tabaco para a gengiva, levantada inicialmente por um aluno que relatou utilizar o fumo de mascar. Desta maneira, pactuou-se uma próxima oficina com este tema de hábitos deletérios para a saúde bucal, surgida a partir dos anseios dos próprios alunos.

Os escolares demonstraram interesse em participar e ajudar os colegas quando estes aparentavam dúvida ou timidez, demonstrando sentimento de solidariedade com os colegas e ao mesmo tempo, interação com os profissionais de saúde que estavam coordenando a atividade educativa. No entanto, adaptar a linguagem de uma maneira que seja compreensível e ao mesmo tempo agradável para os adolescentes, nem sempre é fácil para o profissional, tão habituado a uma linguagem mais científica.

Na oficina da semana seguinte iniciou-se o encontro explicando o primeiro objetivo que era lembrar os conhecimentos da oficina anterior, que um aluno disse nem lembrar mais. Outra aluna disse que lembrava que era sobre a gengiva: “*a gengiva não pode estar muito vermelha, porque senão ela não está saudável*”; outros alunos responderam que “*Não pode estar inchada*”, “*não pode sangrar*”. Indagou-se qual seria a causa de uma gengiva sangrar e relataram: “*Má escovação*”, “*não escovar o dente*” (silêncio). Estimulou-se a falarem mais: “e o fio dental?” “*Ah é, o fio dental também*”, “*não pode passar com força*”.

Utilizando o macro modelo da oficina anterior (Figura 5), relembrou-se as fases da doença periodontal: Apontando na parte da gengiva rosada, perguntou-se se estaria saudável: “*Saudável*”, alguns alunos responderam. Onde estava pintado de vermelho estaria inflamado, apontou-se onde estaria com gengivite, periodontite e até a perda do elemento dental. Questionou-se por que estaria com gengivite; concluiu-se que poderia ser devido ao biofilme, que poderia estar ocasionando o processo inflamatório. Relembrou-se que o biofilme é

composto de bactérias. Indagou-se se o biofilme é removido com a escovação; um aluno respondeu que não, os demais responderam que sairia com a escovação.

Utilizou-se imagens reais impressas do biofilme e cálculo dental a fim de que os alunos pudessem visualizar melhor as estruturas ilustradas no macro modelo. Observou-se que somente o macro modelo ilustrativo pode não ser suficiente para caracterizar a realidade. Desta maneira, imagens reais da cavidade bucal auxiliam em uma melhor compreensão do assunto abordado.

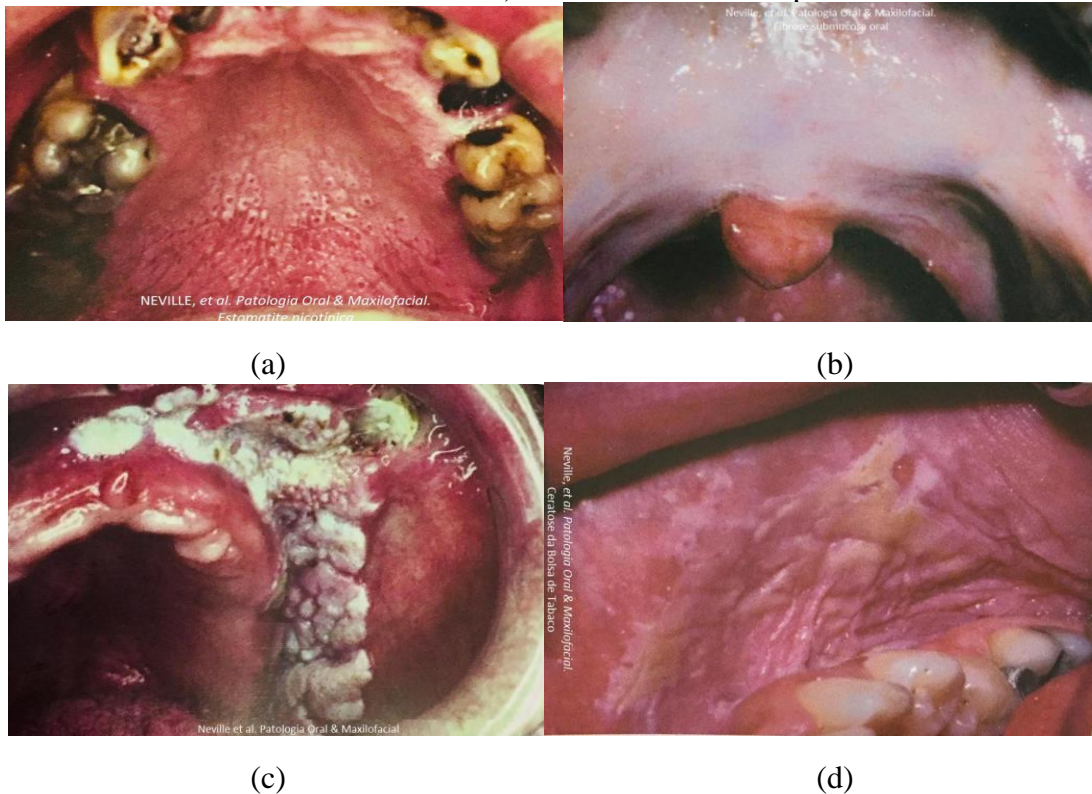
Levantou-se a dúvida: “Caso não escove e não passe o fio dental, o que pode acontecer com essa placa esbranquiçada?” Uma aluna respondeu: “*Vai endurecer*”. Vai causar o que? “*Tártaro*”, responderam vários alunos, demonstrando que muitos apreenderam esse conteúdo abordado anteriormente. Relembrou-se que o cálculo supra gengival é relativamente fácil de ser removido pelo cirurgião-dentista e que o cálculo sub gengival é de difícil remoção; recordou-se então, que a evolução da doença periodontal pode levar à perda do dente, reforçando a importância do cuidado odontológico frequente e da higiene bucal adequada.

Relataram ser importante a escovação, utilização do fio dental e alimentação saudável para prevenir gengivite. Os escolares lembraram que é extremamente necessária a higiene bucal após comer sobremesa; no entanto ressaltou-se que não se deve ficar comendo doces, balas e pirulitos fora de horário: “*doce, se sentir muita vontade, pode comer um após o almoço, como sobremesa; caso coma algo, tem que escovar; até mesmo se ingerir sucos, refrigerantes...*” confirmaram que a acidez “*facilita a formação de biofilme dental*”.

Transformar assuntos de relevância como problemas periodontais, que partiram das necessidades dos próprios adolescentes, em reflexões que façam sentido e envolva os educandos é desafiador para a equipe de saúde bucal. Corroborando com o estudo de Turrioni et al. (2012), em que os encontros realizados em forma de rodas de conversa com temas considerados interessantes para os jovens, facilita a sensibilização para o autocuidado, podendo ser utilizados recursos audiovisuais no auxílio desse entendimento. Os autores encontraram após os encontros, aumento no número de escovações diárias, maior combinação de movimentos durante a escovação e aumento de número de faces dos dentes higienizadas, resultando em menor índice de biofilme e conseqüentemente, menor número de adolescentes com inflamação gengival.

Na continuidade foi trabalhado o assunto sobre os possíveis danos e efeitos do tabagismo, álcool e outras drogas para a saúde bucal. Para isso foram utilizadas figuras impressas na gráfica em tamanho 30 X 46 cm retratando lesões bucais decorrentes de hábitos nocivos para a cavidade bucal como disparadores de discussão (Figura 7).

Figura 7 – Na sequência ilustra: a) Estomatite Nicotínica, b) Fibrose Submucosa Oral, c) Carcinoma Verrucoso e d) Ceratose ocasionada por tabaco



Fonte: Neville et al. (2004)

Assim, o desenvolvimento das atividades ocorreu e inicialmente os escolares foram convidados a se sentarem em forma de roda, para que se sentissem mais à vontade e em igualdade de posição com os profissionais de saúde e a professora regente. Iniciando a reflexão sobre os hábitos deletérios, relataram: “*cigarro faz mal para os dentes e para a saúde*”; “*deixa os dentes escuros*”; “*pode dar câncer na boca, câncer de língua*”. Ao serem indagados se conheciam alguém da mesma faixa etária que fumam, apontaram vários colegas. Alguns se defenderam, dizendo que não utilizam cigarro, “somente” narguilé, demonstrando ser este hábito frequente entre os alunos, embora na coleta de dados inicial somente alguns terem relatado terem experimentado algum tipo de cigarro ou narguilé.

Lançou-se a pergunta: “Se vocês sabem que faz mal, por que usam?” Responderam: “*Para experimentar*”; “*Curiosidade*”; “*É um vício*”; “*É tão viciante, que a pessoa quer continuar*”; “*Vira uma rotina*”; “*Mesmo sabendo que faz mal a gente quer experimentar...*”. Convidou-se a uma reflexão: “O que vocês acham disso?”. “*Fazendo mal ou não, a vontade é minha*”; “*Faz se quer*” “*Ninguém faz se não quer*”; “*ninguém é obrigado*”; “*se eu tiver*

vontade de fumar narguilé, eu vou lá e fumo narguilé”, evidenciando o desejo de liberdade de opinião e de achar que “comigo não acontecerá nada de mal”.

Utilizou-se uma imagem real da pigmentação dos dentes ocasionada pelo cigarro a fim de reforçar a fala do aluno que disse que *“cigarro mancha os dentes”*. Ao serem questionados se achavam que esses dentes da figura estavam bonitos, responderam: *“Não”; “Horroroso”*. Discutiu-se que o tabagismo traz danos estéticos para os lábios, imitando o movimento dos músculos da face ao fumar e que em longo prazo ocasiona rugas ao redor dos lábios; fala que causa impacto para essa faixa etária, tão ligada à moda e à estética.

Também foram apresentadas imagens, auxiliares para a reflexão, de dentes de gêmeos idênticos em que somente um deles fazia uso de tabagismo. Sendo as indagações que se pode ouvir deles: *“O lábio da gêmea que fuma está mais franzido”; “A outra está mais bonita”; “Bem mais”; “Tem gente que dá para perceber, só olhar a boca da pessoa dá para ver que a pessoa fuma”; “A voz muda”; “o cheiro, hum...”; “para não falar do bafo”*. Um escolar disse: *“é só escovar o dente, sai o bafo”*. Outro discordou: *“Mas fica o cheiro na roupa”*. Concordaram: *“Verdade...”*.

Questionou-se sobre os danos para a gengiva e para outras estruturas bucais; se as substâncias tóxicas podem causar processos inflamatórios e se podem levar a lesões irreversíveis. Os escolares levantaram curiosidades sobre o narguilé eletrônico, discutiu-se que o cigarro eletrônico pode viciar ainda mais. Ao serem indagados se achavam que essas lesões poderiam evoluir, responderam: *“Pode até dar câncer de boca”; “Câncer de língua”*. Esclareceu-se que pessoas que fumam e bebem bebidas alcoólicas potencializam o risco de desenvolverem lesões malignas; chegou-se à conclusão que as lesões bucais podem levar à óbito, dependendo do grau de evolução e se não for tratado a tempo.

Alguns alunos relataram casos de conhecidos que desenvolveram câncer na cavidade bucal e a professora relatou um caso de câncer na família e o quanto o tratamento pode ser demorado e traumatizante, reforçando a importância da prevenção. Acrescentou ainda os danos do álcool para outros órgãos, como o fígado, podendo acarretar cirrose. Então os escolares fizeram perguntas sobre esse órgão, querendo saber dos detalhes da fisiologia, despertando bastante interesse pelo assunto relacionado à disciplina da professora regente.

Foram utilizadas imagens de pessoas com pouco tempo de uso de drogas e álcool e os danos para a estética foram discutidos; partindo dos danos estéticos que impactaram os escolares, outras reflexões foram desencadeadas: *“Pare de fumar”; “Não deixe o cigarro te matar”; “Não beba”; “Tome sucos naturais”; “Trate-se, se você tiver algum vício, você precisa de tratamento”; “Não se deixe levar pelo vício”*.

Discutiu-se que o fato da maioria dos casos de uso de drogas ilícitas normalmente ter o início com o uso de álcool e o tabagismo. Desta maneira, a máxima de que é melhor nem experimentar para afastar um possível vício ainda é a melhor prevenção foi também refletido. Afinal, saber dos malefícios que esses vícios trazem, todos sabem; mas deve-se buscar o fortalecimento pessoal para não cair nas tentações dos vícios. E como ser forte? *“Resistindo”*; *“Não saia do seu caminho”*; *“Não vá com pessoas para o mau caminho”*; *“Tem que ter opinião”*; *“... mas se você sabe dos males que faz, por que utilizar? Não tem que utilizar porque seu amigo usa, todo mundo usa, não. Papo de gente fraca, sem opinião”*; *“A opção para sua vida é sua”*.

Refletiu-se em conjunto que *“é difícil sair do caminho das drogas”*; *“porque é viciante”*; *“o seu organismo, as células acostumam”*; *“igual quando você um doce, é gostoso, você não quer mais? Igual esse suco que todo mundo tomou, quando viu que tinha mais, não queria mais? Assim são as drogas, te deixa alucinado...”*; *“Mas e aí? Claro que o organismo vai querer mais. Mas você sabe que traz tantos malefícios, não só para o organismo, para sua vida, para sua família, as drogas vão te impedir de estudar...”*; *“de trabalhar...”*; *“de viajar, porque não vai conseguir sobrar dinheiro...”*; *“um caminho com difícil retorno”*.

Para trabalhar educação em saúde com alunos deve-se sempre estar preparado para o inusitado: *“E quem já é feio o que acontece?”*, disparou um aluno. Eles mesmos responderam: *“Piora”*; *Misericórdia, vai ficar horrível*; *“Se eu fumar então, eu pioro”*.

Foram questionados com a pergunta: *“Concluindo então, o que podemos dizer?”* *“Sair fora disso daí, das drogas”*; *“Esse narguilé aí não é coisa boa”*; *“Ih, esse povo tá falando aí, mas tá aí nas rodas de narguilé”*; *“E aquele negócio passando de boca em boca”*; *“Imagina pegar sapinho”*; *“Argh, que nojo”*. Complementou-se comentando sobre a transmissibilidade de doenças graves, como hepatites B; acrescentou-se ainda que o cuidado com a saúde é constante e que a jovialidade não significa imunidade e que os atos cometidos desde as mais tenras idades irão ter impacto futuramente.

O contexto social que os escolares estão inseridos os tornam muito vulneráveis à utilização de álcool, tabaco e outras drogas, o que os tornam mais conhecedores dos riscos e meios de utilização de drogas lícitas e ilícitas que os próprios profissionais. Assim, a interação e abertura para o diálogo favorece as ações educativas, pois assim o profissional pode entender o que os adolescentes já utilizam e buscar estratégias para novas oficinas.

Neste sentido, cabe destacar que a equipe ofereceu apoio quando os escolares perceberem que estão vulneráveis à utilização de drogas, enfrentando problemas pessoais ou chateados. Foram orientados a procurar ajuda, seja da coordenação da escola, da comunidade

escolar, da igreja ou dos profissionais da equipe de saúde pertencente, no intuito de conseguir orientar melhor a sair do problema do que as drogas, que são somente fugas. Como mencionado anteriormente as oficinas aconteciam durante as aulas de ciências; assim, a professora permanecia junto à turma e participava ativamente nesse processo. Complementou também sobre os impactos para a estética, para o organismo e para o futuro desses jovens, mostrando a eles o quanto o futuro deles poderá ser promissor.

Mesmo sabendo dos danos que o tabagismo traz para a saúde, os adolescentes se arriscam e experimentam. Desta maneira, o foco da oficina foi uma reflexão geral e não somente abordar os danos em longo prazo, mesmo porque para eles é algo muito distante daquele momento que estão vivenciando e nessa idade e os alunos se acham inatingíveis ou invencíveis de maneira geral. De acordo com Adade e Monteiro (2014), as orientações convencionais acerca dos danos e de se evitar as drogas são insuficientes, já que as drogas estão presentes nos contextos dos adolescentes, de modo geral, e são formas de socialização. Os jovens são pressionados a utilizarem e o acesso fácil às drogas acaba dificultando a eficácia das ações educativas.

Assim, reflexões sobre riscos de substâncias lícitas e ilícitas devem fazer parte de encontros constantes, e não somente de uma única oficina; mesmo porque uma primeira reflexão pode possibilitar a oportunidade de conhecer fatos que não conseguiram verbalizar na entrevista individual e em grupo alguns ficaram mais à vontade para relatar. Mas outras oficinas sobre esse tema podem aprofundar outras reflexões e podem servir como grupo de apoio para esses adolescentes e os profissionais podem se inteirar de fatos e detalhes por vezes distantes de suas realidades fechadas e isoladas dos consultórios odontológicos das unidades de saúde.

O receio em abordar esse tema complexo e polêmico também foi evidenciado na pesquisa de campo de Viero et al. (2015), que observaram falta de conhecimento sobre drogas entre os 105 adolescentes que participaram de ações educativas sobre prevenção de drogas. Apontaram ainda, que a falta de diálogo familiar, orientações equivocadas do círculo de amizades e campanhas que não conseguem atingir os adolescentes, podem contribuir para esse desconhecimento sobre os riscos das drogas lícitas e ilícitas; concordando que atividades educativas devam ser estratégias permanentes nas escolas, com o intuito de prevenir a experimentação precoce de drogas.

Desta maneira, além das discussões sobre os motivos que levam aos vícios, efeitos, consequências e reflexões sobre os comportamentos diante do cigarro e outras drogas, é importante também o empoderamento desses adolescentes a fim de serem protagonistas de um processo de autonomia sobre suas vidas e futuramente solicitar ações como grupo. Já que alguns

adolescentes fazem uso de drogas e/ou convivem com pessoas que fazem uso de drogas, percebem os malefícios que elas trazem, mas encontram-se numa situação de vulnerabilidade, como evidenciado por Beserra, Sousa e Alves (2014), que realizaram uma pesquisa-ação com 25 adolescentes em uma escola de Fortaleza/CE.

Embora a família deva vir sempre em primeiro lugar na busca de ajuda nos momentos difíceis, nem sempre o aluno não tem esse apoio. Assim, se os profissionais da escola e os profissionais da saúde se colocarem à disposição para o diálogo e suporte, os escolares podem ser mais bem orientados, sentirem-se acolhidos e amparados em situações específicas.

Perguntou-se o que gostariam para a próxima oficina, ao que responderam: “*Comida*”. Pactuou-se uma confraternização para o próximo encontro e aproveitou-se para incluir o assunto alimentação saudável no próximo tema.

O tema seguinte, trazido e discutido, em sala de aula foi no tocante à importância da alimentação por meio da oportunidade de experimentar sabores. Assim, foi oferecido um suco de limão com couve gelado. Embora a sala de aula não tenha condicionador de ar e o calor estivesse beirando 39 graus, quatro alunos não aceitaram o suco de couve com limão. Perguntou-se aos que tomaram, quem não gostou do suco. Apenas uma disse que não gostou; ao ser questionado o porquê, relatou que não gostou porque tomou “somente” três copos. Ou seja, na verdade, todos que provaram o suco gostaram.

Ao permitir a si mesmos a oportunidade de experimentar algo diferente do que habitualmente acostumados, os escolares também se permitiram gostar de outros sabores, já que na coleta inicial de dados a maioria relatou não comer verduras e o limão não é uma das frutas preferidas. Desta maneira, podemos dizer que a promoção da alimentação saudável é bastante válida no ambiente escolar, já que possibilita que os adolescentes conheçam alimentos que não fazem parte da culinária de suas casas e quem sabe, posteriormente possam utilizar esses ingredientes em suas vidas adultas.

Em um outro encontro foi discutida a importância da alimentação saudável utilizando a maçã como disparadora das reflexões. No intuito de iniciar um aprofundamento no tema da alimentação saudável, foi ofertada uma maçã para cada aluno da sala de aula; no entanto, uma aluna recusou, dizendo que não come maçã e não come fruta alguma. Os demais aceitaram bem e alguns até comeram a maçã antes do término da distribuição para todos os alunos.

Convidou-se a uma reflexão sobre as vantagens de uma alimentação saudável e do hábito de comer frutas, elencaram: “*não dá cárie*”, “*Tem muita vitamina*”, “*é bom para o corpo*”. Discutiu-se que as frutas são excelentes escolhas, pois são saborosas e possuem muitos nutrientes. Ressaltou-se que os alimentos naturais são importantes também para a formação de

ossos e dentes, auxiliando na promoção de uma mastigação mais correta e fortalecimento do sistema imunológico.

No entanto ressaltou-se que, embora seja muito melhor para a saúde bucal comer uma maçã, esta não substitui uma higiene bucal adequada. Apesar de indicar remoção parcial do biofilme recém-formado nas superfícies livres, não podemos indicar a maçã na prevenção de cárie e doenças periodontais como agente de “limpeza” dos dentes (PERES et al., 2014). Ou seja, orientou-se que, sem dúvida alguma, é melhor comer uma maçã que um doce de sobremesa, mas que é necessário escovar e passar fio dental mesmo depois de ingerir qualquer tipo de fruta.

Para complementar as discussões a respeito da alimentação adequada, utilizou-se em outra oficina, alimentos *in natura* (frutas, legumes, ovos e verduras), doces (bombons, balas, biscoitos), bebidas (refrigerantes, água e suco natural) e cartas ilustrativas de alimentos (arroz, macarrão, feijão, carne vermelha, carne de frango e peixe).

A primeira atividade desenvolvida foi diferenciar verduras de legumes, já que esta foi uma das dificuldades identificadas durante a coleta de dados. Mostrou-se brócolis e alguns disseram que seria couve-flor, demonstrando que talvez não sejam produtos utilizados rotineiramente na culinária dos seus domicílios. Apresentou-se brócolis e couve-flor e os alunos puderam perceber a diferença entre os dois.

Ao mostrar agrião, alguns disseram que seria salsão, salsinha, gergelim; apenas um aluno acertou e somente seis pessoas haviam experimentado agrião antes. Já a couve manteiga muitos souberam identificar e já haviam comido; salsinha poucos gostam e rúcula um aluno conseguiu identificar de imediato. Os alunos não tiveram dificuldades para diferenciar beterraba e cenoura; embora poucos comam ou gostem. Já batata doce, mais da metade da sala já haviam experimentado; enquanto inhame poucos conheciam e somente cinco relataram que já comeram inhame anteriormente. Explicou-se que se tratavam de tubérculos e já que demonstraram interesse pelo assunto, a professora de ciências biológicas detalhou o que seria tubérculo.

Na segunda parte da oficina, os alunos foram divididos em grupos de três a quatro pessoas e foram convidados a colocar no prato o que comeriam em um almoço, com comida, bebida e sobremesa. Foi ofertado vários tipos de verduras, legumes, frutas, batata palha para ilustrar a batata frita, farinha, ovo, água, refrigerantes, sucos naturais, bombons, pirulitos e cartas ilustrativas com figuras de carnes vermelhas, frangos, linguiça, peixes e cartas com arroz, feijão, macarrão. Se quisessem um tipo de alimento que não foi ilustrado, havia cartas em branco para escreverem o nome do alimento.

Foi um momento da oficina de muita movimentação e bastante barulhento, pois alguns divergiam de outros no grupo: *“Eca, não põe beterraba não; “Não, doce não”; “E pra beber, o que a gente vai pegar?”; “Ih, isso aí eu não como nem morta”; “Ah, mas isso aí tem que ter pelo menos um”; “Farinha, eu como farinha!”; “Não tira a cebola, eu gosto”*.

Após a construção, cada grupo foi convidado a falar o porquê das escolhas e se comem rotineiramente o prato preparado pelo grupo.

O primeiro grupo fez um prato bem variado, com arroz, feijão, macarrão, carne vermelha, tomate, alface cenoura, batata doce e linguiça (Figura 8). Escolheram suco natural para beber e de sobremesa banana, bombons e pirulitos. *“Eu gosto de alface, tomate e como isso aqui tudo em casa”; “A banana eu como com a comida mesmo”; “Só não gosto da batata”, disse outra aluna do grupo; “Eu não como isso em casa porque tem muita coisa que eu não gosto; eu não gosto muito de alface, eu não sou fã de batata doce e eu também não gosto de feijão. Em casa eu como arroz, feijão, carne, tomate e banana; e lá em casa não tem ... é bem raro, meu pai não compra”, disse outro participante. Outra integrante do grupo disse que sobremesa nem sempre tem “porque não pode comer muito doce”*.

Figura 8 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 1



Fonte: foto arquivo da pesquisadora

O segundo grupo (três participantes) colocaram no prato alface, agrião, cenoura, arroz, feijão, macarrão, carne vermelha, frango e batata doce (Figura 9). Responderam que consideravam aquela alimentação saudável e disseram que não escolheram algo para beber *“não como nada bebendo porque disseram que faz mal”*. Outra participante relatou que sempre tem batata doce na casa. *“Sobremesa, de vez em quando tem gelatina”*.

Figura 9 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 2



Fonte: foto arquivo da pesquisadora

O terceiro grupo (quatro participantes) escolheu arroz, feijão, macarrão, alface, brócolis, cenoura, batata, pepino, beterraba, cenoura, berinjela, cheiro verde, linguça, carne vermelha e frango (Figura 10). Disseram que escolheram vários tipos de proteínas porque gostam; justificaram o refrigerante dizendo que tomam bem menos que a maioria. “*Salada não falta em casa, mas berinjela eu não gosto*”; “*Também na minha não falta salada*”; “*eu como cenoura, batata, alface, macarrão*”; “*Eu como berinjela na lasanha*”; relataram saber que a linguça não é tão saudável, mas “*é muito bom*”. “*Refri é péssimo, mas não dá para resistir, mas não é todo dia, umas duas vezes na semana*”.

Figura 10 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 3



Fonte: foto arquivo da pesquisadora

Os três integrantes do quarto grupo colocaram no prato arroz, feijão, farinha, macarrão, batata doce, alface, tomate, carne vermelha, cebola, batata doce, água para beber e banana como sobremesa (Figura 11).

“Não é todo dia”; às vezes é só macarrão; mas isso aqui é o que mais eu como direto...”; “Às vezes também varia, tipo, quando é macarrão, mas sempre eu tô comendo isso aqui, às vezes quando não tem farinha e batata eu como sem, mas sempre que tem eu coloco”; “A única coisa que eu não gosto é de banana, eu só como às vezes; na verdade eu preferia o suco em vez da água”.

Figura 11 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 4



Fonte: foto arquivo da pesquisadora

Os quatro participantes do quinto grupo escolheram arroz, feijão, macarrão, carne vermelha, ovo, batata frita, frango, linguiça, alface e para beber suco e refrigerante. Ao serem indagados se comiam esses alimentos no dia a dia, responderam: *“No dia a dia sim, mas tudo de uma vez não”; “Só salada que eu não como”; “Também, no dia a dia eu como arroz, bife, frango, carne, batata...”*.

A dupla do sexto grupo decidiu eleger para a refeição os seguintes alimentos: arroz, feijão, carne vermelha, cebola, macarrão, alface, pepino, ovo, frango, cenoura, batata, pão, frutas para a sobremesa e para beber optaram por água e refrigerante (Figura 12).

Questionou-se se realmente comiam todos esses alimentos rotineiramente e responderam: *“Se tiver, eu como”; “Banana eu comeria todo dia; um dia meu pai trouxe duas pencas de bananas e eu acabei com elas em três dias”; “Para a saúde da boca vai ficar prejudicial se não escovar os dentes, porque qualquer alimento se não escovar certo, pode ter cárie”.*

Figura 12 – Opção de alimentos apresentada pelo Grupo 6



Fonte: foto arquivo da pesquisadora

O sétimo grupo (quatro alunos) selecionou os seguintes alimentos: alface, arroz, feijão, frango, batata doce, refrigerante para beber e frutas para sobremesa (laranja e maçã). *“Prefiro suco”*; *“No dia a dia como quando tem”*.

O último grupo escolheu arroz, feijão, beterraba, cenoura, cebola, alface, frango, beterraba, tomate, abobrinha e refrigerante como bebida. Ao serem indagados se comem mesmo esses alimentos em casa, responderam: *“Eu como”*; *“Só alface e tomate, só como arroz, feijão, frango, alface e tomate”*; *“Não como”*.

Ao final, abordou-se a diferença entre os grupos de alimentos, como as proteínas, carboidratos, verduras e legumes e a importância do prato ser variado e colorido. Discutiu-se a importância da alimentação balanceada para um corpo saudável, conferindo maior imunidade e conseqüentemente mais saúde bucal.

Os escolares conversaram sobre a necessidade de tomar bastante água e menos refrigerantes, já que estes são ácidos e descalcificam os dentes; ressaltando que os sucos são mais calóricos que ingerir a fruta propriamente dita. Todos relataram tomar refrigerante e frisou-se a necessidade de uma higiene bucal adequada para não ocorrer desmineralização dos dentes após o consumo dessa bebida, lembrando a dinâmica do isopor sendo corroído pela cola da oficina realizada anteriormente.

Somente um escolar relatou não gostar de doces e ressaltou-se que é muito melhor comer uma fruta de sobremesa que doces; já que são cariogênicos, ressaltando que alimentos pegajosos propiciam formação de biofilme dental, prejudicando a saúde dos dentes e da gengiva. Discutiu-

se que após qualquer tipo de alimentação, até mesmo um suco ou uma maçã, é necessário escovar adequadamente e passar fio dental e instruiu-se para que não comer várias frações de doces durante o correr do dia, já que abaixa o Ph bucal e propicia cárie dental.

Um dos escolares perguntou se poderia comer doce e ir dormir; foi discutido sobre a importância da higiene bucal antes de dormir devido à formação de biofilme dental e ação das bactérias presentes na cavidade bucal. Embora a maçã seja um alimento saudável disseram ser necessário higienizar após o consumo, principalmente antes de dormir. Os alunos demonstraram bastante interesse e motivação para a realização da atividade educativa.

Embora a refeição da maioria dos alunos seja satisfatória (arroz, feijão, salada e carne), chamou a atenção o fato de ninguém ter escolhido peixe para colocar no prato, denotando que possivelmente não estejam habituados a consumir esse alimento.

De acordo com a PNAN, ter autonomia abrange conhecer, estar consciente dos apelos comerciais, experimentar e também ser informado para então, decidir. Desta maneira, o investimento em instrumentos e estratégias de comunicação para a socialização do conhecimento é um suporte relevante para práticas promotoras de saúde (BRASIL, 2013).

Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

O bom relacionamento entre os profissionais de saúde, a comunidade escolar e o professor também têm influência no sucesso da atividade educativa, já que é necessário o apoio e envolvimento de todos; podendo aproveitar-se uma ação da saúde para esclarecer um tema curricular da escola e vice-versa.

Embora o nutricionista seja a pessoa adequada para promover alimentação saudável, é importante que as ações sejam realizadas de maneira multidisciplinar e transdisciplinar. No entanto, Souza et al. (2015) observaram falta de integração entre as secretarias e entre os profissionais em seu estudo com nutricionistas de sete municípios de Pernambuco.

Trabalhar com metodologias ativas em ambiente escolar é desafiador, pois além da possibilidade de acontecer algo inusitado e não esperado, o controle de situações barulhentas também é uma situação que nem sempre o profissional de saúde pode não ter preparo, já que está mais habituado ao público adulto e a maioria desses trabalhadores não tem experiência em docência no currículo.

Em seu estudo com nutricionistas de Pernambuco, Souza et al. (2015) observou que a maioria das ações educativas foram realizadas por meio de palestras; embora outras estratégias

foram referidas, como a utilização de músicas, brincadeiras sobre alimentação e lavagem das mãos, distribuição de cartilhas, oficina de beneficiamento de jenipapo com pais dos alunos e projeto de lanche saudável, em que uma fruta ou verdura plantada pela família para que os colegas pudessem conhecer e provar. Assim, é primordial a criatividade para a motivação dos profissionais e dos escolares.

5.4 Construção de teatro: síntese ou ideia geral construída pelos escolares

Quando concluídas as oficinas, as quais subsidiaram a organização da SDI, os próprios escolares lembraram da realização de um teatro no início das atividades e tiveram a ideia de desenvolver estratégias para juntar esforços entre professores, profissionais e escolares para promoção da saúde. Ou seja, identificou-se que os mesmos entenderam as discussões realizadas e permitiram, tornando-se protagonistas da ação em saúde. Assim, os escolares do sétimo ano do Ensino Fundamental II, objetos deste estudo, observaram que as crianças menores correm muito no intervalo e caem e identificaram o risco de traumatismos dentários que poderiam ocorrer na escola.

Por iniciativa dos escolares foi elaborado um roteiro para teatralização, sendo utilizado para apresentarem para as crianças de 07 a 12 anos do Ensino Fundamental I do período vespertino. Com o consentimento de professores, direção e coordenadores de curso, os alunos ficaram dispostos no pátio da escola e assistiram à teatralização de maneira dialógica e reflexiva.

Segue o roteiro da teatralização:

A narradora (aluna) começa o teatro, dizendo: *“Vamos mostrar o recreio de uma escola estadual da cidade de Dourados”*.

Iniciaram imitando as crianças correndo, gritando, pulando, os meninos de boné e as meninas de cabelo preso, para parecerem menores. No meio dessa bagunça, de repente, um aluno empurra o colega. Para representar essa “criança”, a turma escolheu o maior aluno da sala (com 1,92 m), para mostrar a ludicidade.

Assim, o colega que foi empurrado, caiu no chão, formando uma roda em torno do aluno caído. Enquanto a roda está formada, o colega caído estoura um plástico com um pouco de molho de tomate e espalha na boca.

Em seguida ele levanta e mostra uma canjica de milho e diz assustado: - *Meu Deus, meu dente caiu!!! E agora, o que vou fazer?* Olha para a plateia e diz: *“O que vocês acham que devo*

fazer? Vou procurar o coordenador. Interessante que ele utilizou o nome do verdadeiro coordenador, o que produziu risadas entre a plateia e sai de cena.

A narradora do teatro faz um momento de reflexão com os alunos menores: *Por que vocês acham que a criança caiu?* E aguarda as respostas. Os alunos responderam: *“Porque estava correndo muito”*; *“Porque empurraram ele”*.

Vocês acham que o dente dele vai trocar? A maioria da plateia responde: *“Nãaaaaoooo”*; Outros comentaram: *“Depende, se for leite troca!”*.

A narradora pergunta: O que fazer? Aguardando um pouco a plateia responde: *“Não sabemos”*

O aluno que havia caído volta em cena dizendo: *“Ô coordenador, olha o que aconteceu!”* e o coordenador fala em voz alta: *“Eu vivo falando para vocês: “Não corram, vão se machucar; eu falo e ninguém me escuta”*. Nesse momento também chama pelo nome da diretora *“Ô diretora, o que vamos fazer?”*.

A diretora, por sua vez, diz: *“Vou ter que te levar na Unidade de Saúde para a médica e a cirurgiã-dentista te examinar”*. Ressalta-se que os escolares pediram para a diretora utilizar os nomes verdadeiros dos profissionais, demonstrando afinidade e admiração.

A médica examina a radiografia e diz: *“Por sorte, não quebrou nada, só machucou um pouco o rosto. Vou passar um analgésico e repouso. E comporte-se, hein, menininho, olhando para cima, já que o aluno é alto (risos da plateia). Vou te encaminhar para a cirurgiã-dentista”*:

Um aluno dos escolares se prontificou em fazer o papel da cirurgiã-dentista e imita a profissional, mostrando também conhecer a dentista, o que fez a plateia rir. *“- Meu Deus! É um dente permanente! Se fosse de leite ainda trocaria por outro! Mas esse dente não troca mais! Vai ficar sem dente para sempre”* (fazendo cara de assustado).

O aluno que caiu pergunta: *“Se tivesse só quebrado, teria jeito?”* Tal como foram instigados a pensar, os escolares repassaram para os alunos menores essa maneira de ensinar, problematizando e suscitando reflexões.

Na sequência entra o primeiro dente-personagem (Figura 13), e diz: *“O meu dono correu muito e não cuidou de mim; quebrou a coroa do dente inteira; só sobrou a raiz”*, fazendo uma expressão de tristeza.

Abrindo o dente, continuou: *Agora a dentista japonesa só vai conseguir fazer o canal e um dente postiço, que nunca vai ficar igual ao que Deus fez. E pior: Vai ter que gastar muito dinheiro. Porque vocês sabem que essa parte vermelha é a polpa do dente né?”*

Figura 13 – Dente personagem A e B



Fonte: elaborado pelos participantes.

Entra o outro dente-personagem (Figura 14) e diz: “*Se você tivesse quebrado uma parte do dente (abrindo o dente) e sobrado dentina, que é essa parte amarela e esmalte, que é essa parte branca, a dentista japonesa iria conseguir restaurar o dente e ficaria quase perfeito!*”.

Figura 14 – Dente personagem



Fonte: elaborado pelos participantes.

Entra o último personagem e diz: “Mas o melhor mesmo, é não quebrar nada e continuar com o dente branquinho e bonito!” e abre o dente (Figura 15).

E por dentro do dente, tudo perfeito, como Deus fez! Com o esmalte, que é essa parte branca (mostra no dente), dentina, que é a parte amarela (mostra a parte amarela) e a polpa que é a parte vermelha (mostra a parte vermelha do dente). Tudo inteiro!”.

Figura 15 – Dente personagem A e B



Fonte: elaborado pelos participantes.

A narradora pergunta: “Pessoal, o que vocês entenderam desse teatro?” e aguarda a plateia falar, mostrando reproduzir a maneira como foi trabalhado nas oficinas. As crianças responderam: “Que não pode quebrar o dente”; “Não pode correr no recreio, senão cai e quebra o dente”; “Pode machucar”; “Pode quebrar algum osso”; “Podeeeeee”. A narradora faz outra pergunta: “O que tem que fazer quando quebra o dente?”. A plateia respondeu: “Ir ao dentista”.

Encerra questionando: “Vocês conseguiram entender que esse é um dente inteirinho (mostrando o dente de papelão)? E a plateia responde: “Siíiiiiim”.

E, como fechamento dessa atividade, a narradora ressalta: “Olhem o dente que quebrou” e mostra um dente construído em papelão com fratura de esmalte e dentina (figura 14). As crianças disseram: “Quebrou bastaaaanteee” “Vocês acham que ainda tem tratamento?”. Responderam: “Siíiiiiim”; “Tem que levar ao dentista”; “O dentista dá um jeito”

A narradora questionou ainda: “E quando quebra na metade, quando fica só a parte da raiz, de dentro da gengiva?” As crianças relataram: “Não tem conserto” “Xiíiiii” “Tem jeito, mas fica mais difícil...” “Mais caro...” “Demora mais no dentista para arrumar...” A

narradora continua: “*E se cair o dente inteiro, com raiz e tudo?*” *E se trincar a raiz do dente?*” “*Como faremos?*” As crianças refletiram: “*Vai ter que trocar o dente*” “*Verdade, vai ter que fazer implante, colocar outro dente....*”.

“*E o que vocês acham que seria melhor?* (A narradora perguntou) As crianças verbalizaram: “*Não correr doidão*”; “*Não empurrar os amigos*”. Neste momento houve muito barulho, diferente do início quando estavam tímidos e retraídos, e todos quiseram verbalizar suas experiências e seus “casos clínicos” odontológicos. A narradora acrescenta com várias frases: “*Já fui ao dentista, ele é amigo das crianças?*”. “*Tem que comer coisas saudáveis?*”; “*Tem que escovar os dentes?*”; “*Passar o fio dental?*” e, em unanimidade responderam: “*Siiiiim*”. A narradora/aluna perguntou se alguém tem alguma dúvida: e responderam: “*Nãaaaaao*”.

Notou-se que os estudantes conseguiram apreender o suficiente para repassar informações para outros colegas menores. Destaca-se que os recursos didáticos a serem utilizados deverão ser adaptados ao estrato de idade e ao público-alvo, essas atividades exigem envolvimento dos profissionais da área da saúde e educação, bem como desprendimento para conseguir apoio da comunidade escolar e das famílias, trazendo uma relação de confiança, parceria e admiração.

Observou-se empolgação dos participantes e autores da teatralização e também da plateia, pois aconteceu uma atividade diferente e fora da sala de aula, situação que normalmente não faz parte da rotina escolar. Destaca-se que essa atividade, apesar da exigência e esforço, trouxe empenho dos estudantes enquanto grupo e motivou a participação da comunidade escolar, mostrando “orgulho e satisfação” por essa atividade fazer parte deles, ou seja, alcançaram uma produção e não reprodução.

Notou-se que o apoio da direção, da coordenação e de toda a comunidade escolar para a realização da atividade foi fundamental, já que todos os alunos do período vespertino foram levados para o pátio da escola com as suas cadeiras, observou-se inclusive a cooperação de todos os professores. Turrioni et al. (2012) também consideraram que o sucesso das suas ações educativas em saúde bucal deveu-se ao planejamento em conjunto com os professores em um conceito ampliado de educação em saúde e de intersectorialidade realizados em relação horizontal.

Os alunos que atuaram na teatralização superaram a timidez inicial, evidenciando alguns talentos para a arte da dramatização. Um participante sentiu-se envergonhado e não conseguiu realizar sua fala; assim a pesquisadora assumiu o lugar do participante.

Embora tenha sido a primeira atividade de dramatização realizada pela maioria dos atuantes, desempenharam muito bem seus papéis. Alguns pontos poderiam ser melhorados para futuras atividades semelhantes, como ensaiar mais a fala e entonação de voz dos participantes, pois alguns não sentiram segurança nas suas atuações e algumas falas ficaram em um tom bem baixo e talvez os ouvintes mais distantes não conseguiram escutar muito bem.

A dramatização de uma situação vivenciada na rotina da escola, como quedas e traumas dentários ocasionou uma discussão conjunta do que poderia ser realizado para evitar situações parecidas. Desta maneira, esse tipo de atividade tem potencial para ser desenvolvida em outras ações educativas.

Ao serem protagonistas de ações educativas para outras crianças menores e estudando o roteiro da dramatização, os conhecimentos são melhor apreendidos pelos alunos/educandos, podendo até mesmo serem disseminadores da promoção de saúde bucal. Os próprios escolares construíram os recursos didáticos utilizados na teatralização, que foram denominados de dentes-personagens e se envolveram bastante na atividade educativa.

Segundo Filatro e Cairo (2015) avaliar significa analisar o valor de certa atividade ou produto segundo critérios determinados, pois há necessidade de verificar a efetividade do desenvolvimento de um conteúdo educacional. “A avaliação da qualidade dos conteúdos produzidos abrange dimensões multidimensionais: dimensão organizacional, tecnológica, técnico-científica, pedagógica e comunicacional” (FILATRO; CAIRO, 2015, p. 431).

A avaliação dos conhecimentos adquiridos foi realizada por meio de um questionário (Apêndice D) individualmente, com oito questões de múltiplas escolhas e apenas um aluno não quis responder; os vinte e dois escolares que realizaram a avaliação demonstraram domínio, interesse e aprendizagem. A seguir, responderam novamente as questões em grupos, discutiram as respostas anteriormente respondidas e o número de acertos foi maior. Ao final, chegaram a um consenso geral de que a saúde bucal envolve muito mais que saúde dos dentes e que a alimentação, higiene e hábitos podem influenciar na manutenção da saúde bucal.

Ao final das atividades, por meio das oficinas pedagógicas, foi solicitado aos escolares que fizessem uma avaliação do processo educativo e a seguir seguem algumas falas:

“Eu gostei”; “Gostei. Não sei explicar”; “Foi muito bom. Melhorei a escovação, comecei a cuidar melhor dos dentes”, usar fio dental, cuidar... é isso”; “Gostei de tudo. O que vou levar para minha vida é não usar bebida alcoólica, essas coisas”; “Gostei, foi normal”; “Gostei, foi diferente. Aprendi a escovar melhor, a higienizar melhor, bom”; “Gostei, me ajudou a melhorar minha escovação, minha higiene, minha saúde da boca”; “Faz um mês e meio que estou na escola, mas gostei”; “Foi muito legal fazer o teatro”; “Gostei de tudo, deveria ter mais teatro e mais ensaio para ficar bem legal”; Gostei de participar, foi muito legal, aprendi muita coisa, foi marcante, vai marcar...”; “Aprendi bastante coisa, eu não sabia o nome das partes

do dente”; “Melhorou muito meu conhecimento, minha higiene ainda precisa melhorar”; “Faz um mês que estou na escola, não peguei todas as oficinas, mas eu gostei porque eu uso aparelho e aprendi muita coisa, como cuidar dos dentes”; “Eu achei importante o jeito certo de escovar os dentes, melhorei bastante o jeito de escovar os dentes, estou escovando mais vezes”; “Gostei de tudo, não precisa melhorar nada. Eu comecei a passar o fio dental”; “Gostei de aprender sobre como cuidar melhor”; “Melhorou minha escovação, aprendi mais como cuidar dos dentes; “Eu gostei; ajudou muito a aumentar a minha experiência de como cuidar a boca, a melhorar a escovação, usar o fio dental. Ah, o teatro foi sensacional, gostei de ser ator”; “Gostei, foi bastante coisa que aprendi nova, como usar o fio dental”; “Você ensinou bastante coisa sobre os dentes, sobre a boca e aprendi bastante coisa sobre alimentação, a comer frutas, alimentos saudáveis”; “É, aprendi...” (demonstrando timidez); “Aprendi a comer menos doce, a comer mais frutas e verduras, parar de tomar muita coca”.

Ressalta-se que ao final, os alunos receberam um certificado, simbólico, de conclusão do processo educativo, no intuito de valorizar o desempenho de cada participante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde nas escolas deve ser realizada de maneira planejada, direcionada para as necessidades individuais dos alunos e a partir do conhecimento da realidade na qual estão inseridos. Ou seja, pela ciência do que estes educandos sabem e precisam é que as ações educativas podem ser planejadas, para serem contextualizadas e direcionadas.

O maior desafio enfrentado pelos profissionais está relacionado com conhecimento de estratégias necessárias para desenvolver habilidades pedagógicas e de domínio de sala de aula, atividade distante da formação do cirurgião-dentista. Sair do papel central e deixar os alunos falarem, refletirem e chegarem a conclusões somente no papel secundário é muito diferente de uma ação unilateral em que o profissional leva todo o conhecimento pronto, sem troca de ideias e soluções.

O profissional pode se surpreender ao utilizar metodologias ativas com esse estrato de idade, pois os mesmos são instigantes e falantes, quando bem direcionados. Os profissionais da saúde devem desenvolver maneiras de encontrar saídas imediatas para comentários inoportunos e ao mesmo tempo, ter uma boa relação com os alunos. Impor respeito e lançar mão de artifícios em formato de brincadeiras, para tornar a atividade interessante e menos cansativa são habilidades adquiridas ao longo do tempo, com muita interação e conhecimento do público-alvo.

As oficinas, dialógicas e reflexivas proporcionaram questionamentos e discussões sobre saúde bucal, higiene bucal, alimentação saudável, hábitos nocivos para a cavidade bucal, utilização de tabaco, álcool e drogas, bem como transmissibilidade de doenças através da cavidade oral; disparando reflexões que podem levar a mudanças e prevenção de agravos. Espera-se ainda que esses conhecimentos adquiridos pelos estudantes também alcancem seus familiares e amigos, e realmente tornem-se protagonistas das ações.

Utilizar a dramatização na escola como elemento disparador para ações de promoção de saúde exige preparo pedagógico da equipe de saúde bucal, porém alcança objetivos junto aos participantes pois, ao fornecer abertura aos alunos para troca de ideias e discussões, os mesmos se envolvem de forma mais efetiva. No entanto, os profissionais devem estar preparados para enfrentar situações que não fazem parte da rotina de uma Unidade de Saúde.

Todo processo educativo deve ter continuidade e ser lembrado, pois informações compartilhadas são apreendidas, mas necessitam ser constantemente repassadas para que sejam incorporadas na rotina diária dos escolares.

As ações que foram desenvolvidas por meio do projeto de extensão possibilitaram

maiores chances ao sucesso, já que ocorreram trocas de saberes com os estudantes da graduação, e assim, foram aliados os conhecimentos atualizados e científicos e a criatividade da equipe. O envolvimento de todos foi fundamental para o sucesso das atividades educativas.

Por fim, podemos concluir que foi possível realizar ações educativas de saúde bucal de maneira intersetorial, com envolvimento de toda a comunidade escolar, outros profissionais da área da saúde e, sobretudo, com a participação ativa dos educandos. Quando o profissional adquire habilidades pedagógicas para o manejo em sala de aula, realizando atividades educativas centradas nos alunos, pode conquistar sucesso nas ações educativas de promoção de saúde e ainda satisfação pessoal; pois contribuem sobremaneira para maior reflexão e na formação do futuro cidadão, que também está auxiliando a formar.

REFERÊNCIAS

- ADADE, M.; MONTEIRO, S. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 215-230, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022014000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicado ao paciente. **Revista Rene**, Fortaleza, v.15, n. 01, jan/fev, 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br>>. Acesso em: 29 set. 2017.
- AGNELLI, P. B. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 10-5, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/549/446>>. Acesso em: 12 abr. 2020.
- ANTONIAZZI, R. P. et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Portal Regional da BVS**, v. 23, n. 1, p. 13-18, mar. 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-853504>>. Acesso em: 3 jul. 2020.
- ANZOATEGUI, S. D.; CORDEIRO, M. J.J. A. **Faça diferença na vida de alguém, doe sangue/Guia para o desenvolvimento de oficinas: doação de sangue**. Dourados, MS: UEMS, 2017.
- BARBOSA, M. C. P. et al. O ensino de botânica por meio de sequência didática: uma experiência no ensino de ciências com aulas práticas. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 45105-45122, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12946/10877>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
- BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. de; LOPES, A. da S. Epidemiologia da inatividade física, comportamentos sedentários e hábitos alimentares não saudáveis em adolescentes brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 173-194, janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100173&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
- BASS, C. C. An effective method of personal oral hygiene; Part II. **J. La State Med. Soc.**, v. 106, n. 3, p. 100-112, 1954.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326>>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- BESERRA, E. P.; SOUSA, L. B.; ALVES, M. D. S. Intervenção educativa utilizando a atividade de vida respiração com adolescentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.

209-214, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20so%20bre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.>. Acesso em: 3 ago. 2020.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: MS, 2000.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Câmara da Educação Superior. **Resolução CNE-CES n. 3**. Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF: CNE/CES, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, 31 de março de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html>. Acesso em: 17 jul. 2017.

_____. **Decreto n.º 6.286**, de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 15 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB n.º4, de 13 de julho de 2010 dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Brasília,

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 14 de julho de 2010, seção 1, p.824, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_10.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília-DF: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf> Acesso em: 16 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 nov. 2019.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.055**, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: MEC/MS, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 13 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico], Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso: 11 jan. 2020.

BRASIL, E. G. M. et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2016039303276.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

CAMARGO, C. R. de C.; CESARETTI, M. L. R. Saúde bucal em meninas adolescentes da Vila Sabiá no município de Sorocaba, São Paulo. **Rev Fac Ciênc Méd**, Sorocaba, v. 19, n. 4, p. 201-208, 2017. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/31674>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

CAMPESTRINI, N. T. F. et al. Atividades educativas em saúde bucal desenvolvidas por cirurgiões-dentistas com escolares: uma revisão sistematizada da literatura. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 19, n. 4, p. 46-54, 2019. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/886>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

CARVALHO, F. F. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n4/1207-1227/>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. Saúde Colet.** [on-line], v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA, S. M. et al. Modelos explicativos da cárie dentária: do organicista ao ecossistêmico. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 251-291, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1227/845>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

DIAS, A. C. G.; RASLAN, S.; SCHERMA, A. P. Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância. **ClipeOdonto**, Taubaté, v. 3, n. 1, p. 37-44, 2011. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d403/53ff1a7af1bf5bef2b7199983cf0b0ed49aa.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

DIAS, P. J. P. et al. Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 266-274, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2019.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, Lajeado, v. 14, n.1, p. 268-288, 2017. Disponível em: <<http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/viewFile/404/295>>. Acesso em: 17 out. 2019.

DOURADOS. Secretaria Municipal da Saúde. **Levantamento Epidemiológico do Índice CPOD 2018 - Relatório Final**. Dourados, MS: Departamento de Atenção à Saúde (DAS), 2018.

FALCÃO, D. P. et al. Sialometria: aspectos de interesse clínico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 525-531, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000600011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

FARIA, G. F. J. et al. Análise do consumo de sacarose na dieta dos pacientes em tratamento na Clínica da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **RFO**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 43-48, 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5516>. Acesso em: 3 ago. 2020.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na Educação em Saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022015000100143&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 ago. 2020.

FEIJÓ, I. S.; IWASAKI, K. M. K. Cárie e dieta alimentar. **Rev. Uningá**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 44-50, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1551>. Acesso em: 3 ago. 2020.

FIGUEIREDO, P. B. A. et al. Efetividade de website de educação em saúde bucal para adolescentes. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 398-405, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40838483015.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

FILATRO, A.; CAIRO, S. **Produção de conteúdos educacionais**. São Paulo, SP: Saraiva, 2015.

FREIRE, M. do C. M. et al. Desigualdades socioeconômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescentes brasileiros de 2009 a 2012. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 50, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100235&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 maio 2019.

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

FURTADO, L. S. F. A. et al. Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa. **REFACS** [on-line], v. 7, n. 4, p. 479-490, 2019. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3590>. Acesso em: 13 abr. 2020.

GARBIN, C. A. S. et al. A saúde na percepção do adolescente. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2019.

GRACIANO, A. M. C. et al. Promoção da saúde na escola: história e perspectivas. **J Health Biological Sci.**, v. 3, n. 1, p. 34-38, 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/110>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Conhecimento de adolescentes sobre saúde bucal: um estudo de base populacional. **Rev. Odonto ciênc.**, Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 361-366, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65232010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011.

GUTIERREZ G. A.; MARTINEZ-MIER, E. A. The Impact of Nutrition and Diet on Oral Health. **Monogr. Oral Sci.**; v. 28, p. 59-67, 2020. Available in:

<<https://www.karger.com/Article/Abstract/455372>>. Access on: 3 Aug. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PeNSE** – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2016. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 - Primeiros Resultados**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2019. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Nota técnica**: uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2017.

JACOMACCI, W. P. et al. Manifestações bucais em pacientes portadores de anemia: estudo clínico e radiográfico. **RFO UPF**, Passo Fundo, 2014; v. 19, n. 3, 2014. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122014000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 ago. 2020.

KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. **Arch. Oral Biol.**, Oxford, v. 1, p. 304-320, 1960.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in American Indian Children. **Public Health Bull.**, v. 23, n. 9, p. 1-53, 1937.

LARA, E. M. de O. et al. O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface**, Botucatu, v. 23, jun. 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100240&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2020.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. 2. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2013.

LIMA, J. E. de O. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press. Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MALTA, D. C. et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 77-91, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2019.

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.429-443, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3861/386139487008.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MARQUES, L. A. R. V. et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 11 n. 1, p. 26-31, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/14939>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MELO, M. C. H.; CRUZ, G. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, Maringá, v. 4, n. 2, p 31-39, 2014 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ImagensEduc/article/view/22222/pdf_5>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Sulina, 2015.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.

NEWBRUN, E. **Cariology**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.

NEWMAN, M. G. et al. **Periodontia Clínica**. Tradução de Andrea Favano. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, I. B. de; MATOS, M. I. S. “Para maior glória do nosso Brasil”: educação e cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1261-1279, out./dez. 2018.

OLIVEIRA, M. M. de. **Sequência Didática Interativa no processo de formação de professores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

PAREDES, S. O. et al. Influência da Saúde Bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes escolares. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 266-273, abr./jun. 2015.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 4, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/16/15>>. Acesso em: 12 set. 2019.

PAZOS, C. T. C.; AUSTREGESILO, S. C.; GOES, P. S. A. de. Autoestima e comportamentos de saúde bucal em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4083-4092, nov. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104083&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2020.

PEDROSA, B. R. V. et al. Fatores associados ao sangramento gengival em adolescentes. **RGO**, Campinas, v. 67, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372019000100319&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 5 fev. 2020.

PENONI, D. C. et al. Possíveis ligações entre osteoporose e doença periodontal. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 270-273, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n3/pt_0482-5004-rbr-57-03-0270.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

PEREIRA, G. S. et al. A promoção da saúde bucal no contexto escolar: uma revisão integrativa. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, v. 2, n. 2, p. 9-16, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2111>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

PEREIRA, T. S.; PEREIRA, R. C.; ANGELIS-PEREIRA, M. C. Influência de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 427-435, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0427.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

PERES, M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, jul 2019. Available in: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327369/>>. Access on: 3 Aug. 2020.

PERES, P. E. C. et al. A maçã limpa os dentes. Verdade ou mito? Avaliação da capacidade da maçã no controle do biofilme dental. **Odonto**, v. 22, n. 43-44, p. 21-28, 2014.

PERES NETO, J. et al. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1905-1911, jun. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2020.

PIVETA JUNIOR, O.; SALES, O.; SALES, C. M. **Ensino em primeiros socorros: sequência didática para bombeiros militares**. Dourados, MS: Editora UEMS, 2019.

REIS, E. A.; REIS, I. A. **Análise descritiva de dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2002. Disponível em: <<http://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/rte0202.pdf>> Acesso em: 12 set. 2019.

RENOVATO, R. D. **Educação em Saúde: prática farmacêutica na gestão clínica do medicamento**. Dourados, MS: Editora UEMS, 2017.

RIZZO-RUBIO, L M; TORRES-CADAVID, A M; MARTINEZ-DELGADO, C M. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. **CES odontol.**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 52-64, Dec. 2016. Disponível : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2016000200007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 set 2019.

SABINO-SILVA, R.; JARDIM, A. C. G.; SIQUEIRA, W. V. Coronavirus COVID-19 impacta na odontologia e no potencial diagnóstico salivar. **Clin Oral Invest**, v. 24, p. 1619-1621, 2020.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 3 ago. 2019.

SAMPAIO J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1299-1311, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SCABAR, L. F. et al. Ingestão de água e bebidas por adolescentes: comparação de uma medida autoaplicável com recordatórios de 24 horas. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, p. 28-34, 2014. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/494>>. Acesso em 16 jun. 2019.

SCARPARO, A. et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-409.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

SILVA, C. dos S.; BODSTEIN, R. C. de A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, junho, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601777&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2020.

SILVA JUNIOR, I. F. et al. Saúde Bucal do Adolescente: Revisão de Literatura. **Rev Adolesc. e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 95-103, ago./set. 2016. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=574>. Acesso em: 9 maio 2019.

SILVA, L. A. R.; RENOVATO, R. D.; ARAÚJO, M. A. N. **Dicionário crítico de tecnologias educacionais em saúde**. Dourados, MS: Editora UEMS, 2019.

SILVA, R. M. A.; BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S. de. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 431-441, fev. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200431&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, E. K. P. et al. Saúde bucal de adolescentes quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2963-2978, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902963>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVEIRA, M. F. et al. Adolescentes: uso de serviços odontológicos, hábitos e comportamentos relacionados à saúde e autopercepção das condições de saúde bucal. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 14, n. 1, p. 170-185, 2012. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/125/117>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39, jul./dez. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Chris/Downloads/82-Manuscrito%20Completo%20Com-Identifica%C3%A7%C3%A3o%20\(.docx\)-162-1-10-20190930.pdf](file:///C:/Users/Chris/Downloads/82-Manuscrito%20Completo%20Com-Identifica%C3%A7%C3%A3o%20(.docx)-162-1-10-20190930.pdf)>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SOUZA, N. P. et al. O programa saúde na escola e as ações de alimentação e nutrição: uma análise exploratória. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 360-367, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15555>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

TOMMASI, M. H. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

TURRIONI, A. P. S. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1841-1848, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2020.

VIEIRA, A. G. et al. A escola enquanto espaço produtor de saúde de seus alunos. **Rev Iberoam Estud Educ**, Assis, v. 12, n. 2, p. 916-932, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8492>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

VIERO, V. dos S. F. et al. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 484-490, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300484&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2020.

WAINWRIGHT, J.; SHEIHAM, A. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. **Br Dent J.**, v. 217, n. 3, 2014. Available in: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25104719/>>. Access on: 3 Aug. 2020.

WHO. World Health Organization. **Young People's Health** - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

_____. **The World Oral Health Report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003.

_____. **Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being**: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO, 2016. Available in: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf>. Access on: 8 Mar. 2020.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul Ltda., 1998.

ZEITOUNE, R. C. G. et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“PROCESSOS EDUCATIVOS PARA ESCOLARES ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE ORAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”**, que será realizado pela pesquisadora responsável Sandra Regina Imada Akimura (contato: fone/WhatsApp (67) 98124 1676 e e-mail sandrarimada@yahoo.com.br) do Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da UEMS; e foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Plataforma Brasil (contato: fone (67 3902 2699 e e-mail: cesh@uems.br)

O que é esse trabalho e por quê? Iremos realizar um processo educativo sobre saúde oral e alimentação saudável para alunos adolescentes, com a sua participação e a de seus colegas, pois os índices de risco para cárie dentária e doenças gengivais na sua escola indicam a necessidade de orientações sobre a saúde oral.

Como será? Primeiro iremos gravar uma entrevista individual. Depois realizaremos encontros, que chamaremos de oficinas, durante o horário das aulas e vocês falarão o que sabem sobre higiene e saúde oral e alimentação saudável, suas dúvidas e seus receios. Faremos a partir daí outros encontros e juntos construiremos o processo educativo. Dentre outras atividades, serão realizados jogos educativos, teatros, ilustrações com alimentos saudáveis, métodos de higienizar corretamente os dentes e a boca, faremos colagens e assistiremos vídeos educativos.

Quais benefícios de participar da pesquisa? Você irá colaborar para a construção de um processo educativo sobre saúde bucal, higiene oral e alimentação saudável, e assim saberá mais sobre esses temas e conhecerá mais sobre sua saúde oral e sobre suas medidas antropométricas. Você não terá custo algum, mas também não receberá algo em troca.

Existe algum risco em participar da pesquisa? Em relação às perguntas da entrevista, e aos toques físicos realizados pelos pesquisadores para verificar as medidas antropométricas e avaliação odontológica, talvez possa gerar um desconforto; essa entrevista e as medidas serão realizadas em uma sala reservada. Durante as oficinas talvez possa se sentir envergonhado. Mas

vocês não serão forçados a falar; falarão somente as opiniões que quiserem dividir com seus colegas. Faremos o possível para minimizar esses riscos, garantindo conforto, segurança e assistência em caso de constrangimento e desconforto

Todo o processo será anotado pela pesquisadora. Mas não se preocupe, pois os dados serão usados somente para pesquisa e são sigilosos: ninguém conseguirá identificar quem é você ou o que falou. Se quiser informações sobre a pesquisa ou os resultados da pesquisa, pode perguntar a qualquer momento.

A sua participação é livre, espontânea. Se não gostar de participar, você pode desistir da pesquisa a qualquer momento. O responsável por você já autorizou a sua participação, mas gostaríamos também que você fosse informado e concorde com a pesquisa.

Eu, _____, fui informado (a) e aceito participar da referida pesquisa, onde a pesquisadora responsável Sandra Regina Imada Akimura me explicou como será toda a pesquisa de forma clara e objetiva e deixou seu telefone (67) 34242279/ 3427 2078/98124 1676 (WhatsApp) e-mail sandrarimada@yahoo.com.br e o telefone da UEMS (67) 3902 2640 e-mail ppges@uems.br para esclarecimento de dúvidas. Bem como do Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS, Cidade Universitária de Dourados - Rodovia Itahum, km 12, s/n – Cidade Universitária, Jardim Aeroporto, Dourados – MS, (67) 39022699 ou e-mail: cesh@uems.br.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Aluno (a)

Dourados, _____ de _____ de 20 ____.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a) responsável pelo aluno

Gostaríamos de convidar o (a) adolescente sob sua responsabilidade para participar da pesquisa **“Processos Educativos para Escolares Adolescentes sobre Saúde oral e alimentação saudável”**, a ser realizada na Escola Maria da Glória Muzzi Ferreira, no horário em que ele (a) frequenta a escola. Esse estudo tem como objetivo a construção de um processo educativo sobre saúde oral e alimentação saudável para escolares adolescentes, levando em consideração que os alunos da escola ainda apresentam índices elevados de cárie dental, havendo a necessidade de orientações sobre saúde oral. A pesquisa será realizada pela pesquisadora responsável Sandra Regina Imada Akimura, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UEMS e foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Plataforma Brasil (contato: fone (67 3902 2699 e e-mail: cesh@uems.br)

A participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a) solicitar a recusa ou desistência da participação do (a) aluno (a) a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a vocês. A participação do (a) estudante se dará da seguinte forma: será realizado o exame clínico odontológico para avaliação de cárie dental e outras doenças orais; serão colhidos dados antropométricos; será gravada uma entrevista individual com perguntas sobre higiene oral, saúde bucal, condições sociais, alimentação saudável e estilo de vida do aluno; em sala de aula colocarão as dúvidas e o que gostariam de saber mais sobre esses assuntos; a partir daí construiremos juntos o processo educativo, que poderá ser através de jogos educativos, teatros, apresentação de alimentos saudáveis e maneiras de higienizar corretamente os dentes e a boca, colagens e vídeos educativos. Vocês terão o direito de receber esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da pesquisa, em qualquer etapa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade do escolar será sempre mantida em sigilo.

Nem o (a) senhor (a) e nem o adolescente sob sua responsabilidade pagarão ou serão remunerados (as) pela participação. Assim, todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (como escovas dentais, jogos educativos, materiais de papelaria, por exemplo) correrão por conta da pesquisadora.

Em relação aos riscos, a participação na pesquisa pode trazer desconforto no momento do exame odontológico e constrangimento relacionado à exposição das opiniões e no momento das medidas antropométricas. Assim, caso o (a) aluno (a) não se sentir confortável para continuar o exame odontológico, as medidas e as oficinas, pode desistir a qualquer momento. Visando minimizar esse risco, garantimos que a participação será totalmente voluntária, sem forçar que expressem suas ideias e o acompanhamento integral durante essas atividades. Ressalta-se que as atividades serão realizadas em sala reservada e todos os riscos serão minimizados pelos pesquisadores envolvidos, garantindo conforto, segurança e assistência em situação de constrangimento ou desconforto.

Como benefícios, os escolares poderão ampliar seus conhecimentos sobre sua saúde oral individual, situação antropométrica e receberão orientações nutricionais e sobre estilo de vida saudável. Também irão contribuir na construção de uma tecnologia educativa, que poderá ser utilizada por outros escolares.

Eu, _____, fui informado (a) e autorizo o estudante sob minhas responsabilidades a participar da referida pesquisa, pois a pesquisadora responsável Sandra Regina Imada Akimura me explicou como será toda a pesquisa de forma clara e objetiva e deixou seu telefone (67) 3427 2078/98124 1676 (WhatsApp) e-mail sandrarimada@yahoo.com.br e o telefone da UEMS (67) 3902 2640 e-mail ppges@uems.br, do Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS, Cidade Universitária de Dourados, Rodovia Itahum, km 12, s/n, Cidade Universitária, Jardim Aeroporto, Dourado/MS, (67) 39022699 ou e-mail: cesh@uems.br para esclarecimento de dúvidas.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a), que poderá ter acesso quando desejar. Dourados/MS, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

Dados Antropométricos

Peso:

Altura:

Questionário

Idade:

Sexo:

- Qual a renda da família?
- Quantas pessoas moram na casa e vivem com essa renda?
- Qual a escolaridade dos pais? Até que ano estudaram?
- Mora com quem?
- Como é a convivência com os seus familiares?
- Pratica atividade física? Qual?
- Com que frequência você pratica atividade física?
- O que você entende por saúde da boca?
- Como você faz a higiene da boca?
- Escova os dentes? Quantas vezes ao dia?
- De que maneira você realiza a escovação dos dentes?
- Usa o fio dental? Como utiliza o fio dental?
- Com que frequência utiliza o fio dental?
- Já fumou ou fuma? Que tipo? Qual a frequência?
- Toma bebida alcoólica? Qual? Com que frequência?
- Utiliza drogas? Que tipo?
- O que você gostaria de saber, o que gostaria que fosse abordado nos nossos encontros educativos?
- Como é a sua alimentação?
- O que costuma comer no café da manhã, almoço e jantar?
- Quem prepara suas refeições?
- **Quantas vezes por semana você come os alimentos abaixo relacionados:**
- Biscoitos doces e doces (bala, chocolate, bombom, etc.):
- Leite e derivados (queijo, iogurte):
- Frutas:
- Batata frita e salgadinhos de pacote:

- Verduras:
- Bolo, pão, torta, macarrão, pizza, massas:
- Legumes:

APÊNDICE D – Avaliação

Questões:

1 -Saúde Bucal está relacionada à:

A- Somente dentes e gengiva

B- Dentes, gengiva, mucosas, bochechas, assoalho da boca, língua, palato, glândulas, lábios, nervos, músculos, vasos sanguíneos e ossos.

C- Dentes, gengiva, mucosas, bochechas, assoalho da boca, língua, palato, glândulas, lábios, nervos, músculos, garganta, vasos sanguíneos e ossos.

2- Qual a alternativa que não faz sentido sobre saúde periodontal?

A- A placa dental ou biofilme deve ser removido somente pelo cirurgião-dentista.

B- O cálculo dental ou tártaro forma-se através da ação da saliva que endurece a placa dental.

C- Existe cálculo supra gengival e sub gengival.

3- Sobre a estrutura dental, assinale a verdadeira:

A- O esmalte é a estrutura mais externa do dente.

B- O primeiro estágio da evolução da cárie é quando atinge a polpa.

C- Quando a cárie está na dentina, não é necessário ainda realizar tratamento.

4 Sobre Saúde Bucal, assinale a falsa:

A- A manutenção da Saúde Bucal depende de fatores como higiene bucal e alimentação saudável e eliminação de hábitos nocivos, como uso de álcool, tabaco e drogas.

B- O piercing lingual pode acarretar infecções, lesões irreversíveis aos tecidos bucais e danos aos dentes.

C - Não é necessário escovar a língua, somente os dentes.

5- Com relação à gengiva, aponte a alternativa verdadeira:

A- Devemos passar o fio dental com força para limpar bem a gengiva.

B- A gengiva não pode apresentar inchaço e nem pode apresentar sangramento.

C- A escova deve ser dura para limpar bem.

6- Assinale a falsa:

A- A cárie é uma doença que acomete somente quem come muito doce.

B- A cárie é uma doença multifatorial: depende de fatores como: dente, alimentação cariogênica, higiene bucal inadequada, fator tempo, e presença de bactérias.

C- O flúor é um aliado importante na prevenção da doença cárie.

7- Sobre alimentação, o que está correto afirmar sobre saúde bucal?

A- Alimentos açucarados e pegajosos não são prejudiciais à saúde bucal.

B- Já que a maçã e a laranja são consideradas alimentos saudáveis, podemos dizer que não é necessário escovar os dentes depois de consumi-los.

C- Devemos escovar os dentes e passar o fio dental após consumir qualquer tipo de alimentação, seja um suco ou até mesmo uma maçã.

8- Assinale a alternativa falsa:

A- Cigarro, tabagismo e outras drogas podem ser fatores predisponentes ao câncer bucal.

B- O câncer bucal não tem cura.

C- Devemos buscar sempre o apoio da equipe de saúde e dos profissionais da comunidade escolar quando temos problemas e fugir das drogas, álcool e cigarro.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Autorização do Local da Pesquisa

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

SED

GOVERNO DO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

ESCOLA ESTADUAL MARIA DA GLÓRIA MUZZI FERREIRA - 0418

Rua Mato Grosso nº 210 – Jardim Água Boa Dourados MS

Fone (067) 3423-1956 – CEP. 79.813-310

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Sandra Regina da Silva, diretora da Escola Estadual Maria da Glória Muzzi Ferreira, venho autorizar a realização da pesquisa “Processos Educativos para Escolares Adolescentes sobre Saúde Oral e Alimentação Saudável” que será realizada com escolares dessa escola no ano de 2019 sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Regina Imada Akimura e sob a orientação da Prof. Dra. Vivian Rahmeier Fietz, ambas do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), campus de Dourados/MS.

O objetivo da pesquisa será construir processo educativo sobre saúde oral e alimentação saudável e será iniciada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando a legislação em vigor em pesquisas em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e regulamentações correlatas).

Dourados, 12 de setembro de 2018.

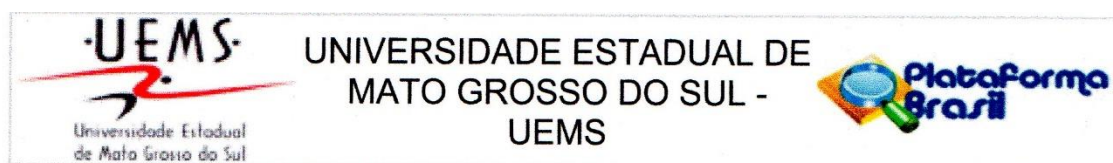
Sandra Regina da Silva

Sandra Regina da Silva

Prof.^a Sandra Regina da Silva
Diretora Escolar
Res. "P" SED nº 2, de 05/01/16
D.O. nº 9.080, 08/01/16



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSOS EDUCATIVOS PARA ESCOLARES ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE ORAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Pesquisador: SANDRA REGINA IMADA AKIMURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02606818.8.0000.8030

Instituição Proponente: Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.147.019

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem nas práticas educativas de promoção de saúde, onde busca realizar orientações em saúde nutricional e bucal, junto a escolares adolescentes de uma escola estadual de ensino fundamental II do município de Dourados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

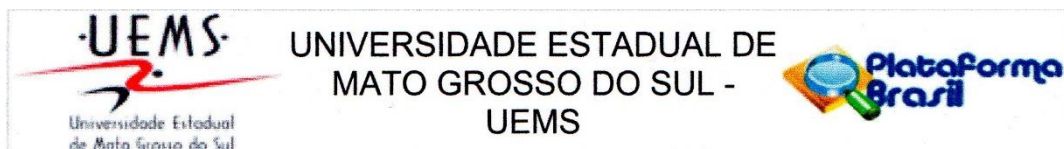
Construir e avaliar um processo educativo sobre saúde oral e alimentação saudável entre escolares adolescentes de uma série de Ensino Fundamental II em uma Escola Pública, no município de Dourados/MS.

Objetivo Secundário: • Caracterizar a família dos escolares, no tocante às condições sociodemográficas. • Verificar os conhecimentos sobre saúde, higiene oral, alimentação saudável entre os alunos de uma série de ensino fundamental II. • Compartilhar informações sobre saúde oral associado à alimentação saudável de maneira participativa entre os estudantes. • Construir uma tecnologia educacional em conjunto com os escolares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados à participação serão o constrangimento em relação às perguntas da entrevista e aos toques físicos realizados pelos pesquisadores para verificar as medidas

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 3.147.019

antropométricas e avaliação odontológica, que também poderá ocasionar desconforto. Ressalta-se que as atividades serão realizadas em sala reservada e todos os riscos serão minimizados pelos pesquisadores envolvidos, garantindo conforto, segurança e assistência em situação de desconforto e constrangimento. Benefícios:

Dentre os diversos benefícios podemos citar que os escolares poderão ampliar seus conhecimentos sobre sua saúde oral individual, sua situação antropométrica e adoção de estilo de vida saudável. Além disso, o estudante irá receber informações e orientações no tocante aos aspectos nutricionais e estilo de vida que podem melhorar seu estado de saúde oral. Também irão contribuir na construção de uma tecnologia educativa, que poderá servir de referência e ser utilizada por outros escolares; pois eles serão autores e protagonistas da tecnologia educativa que será construída.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, onde busca trazer ações voltadas para a educação em saúde no campo da nutrição e na saúde bucal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios se encontram presentes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os itens estão de acordo para a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242774.pdf	13/12/2018 16:22:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	13/12/2018 16:14:38	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/12/2018 16:11:59	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_projeto.pdf	13/12/2018 16:11:38	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/10/2018	SANDRA REGINA	Aceito

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351

Bairro: Cidade Universitária

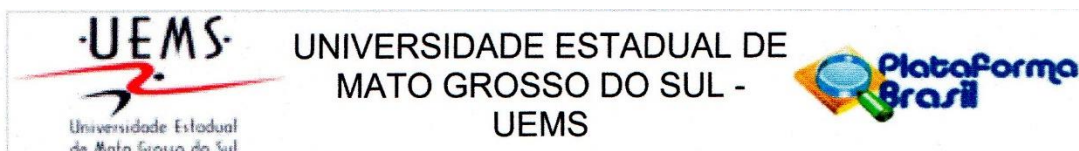
CEP: 79.804-970

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3902-2699

E-mail: cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 3.147.019

Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	12:06:51	IMADA AKIMURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	28/10/2018 10:46:44	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/10/2018 00:01:11	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.jpg	20/10/2018 18:33:43	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito
Orçamento	orcamento_sandra.pdf	20/10/2018 18:31:48	SANDRA REGINA IMADA AKIMURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 14 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Márcia Maria de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 79.804-970

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3902-2699

E-mail: cesh@uems.br