

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM  
SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES NA ILHA DO  
MAIO, CABO VERDE: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO.**

**MILALITA TAVARES SILVA DONO**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLÓGIA**

Milalita Tavares Silva Dono

**PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE BUCAL  
EM ESCOLARES NA ILHA DO MAIO, CABO VERDE:  
PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Odontologia  
Orientador: Prof.<sup>a</sup>, Dra. Ana Lúcia  
Schaefer Ferreira de Mello  
Co-orientador: Prof.<sup>a</sup>, Dra. Ana  
Claudia Baladelli Silva Cimardi

Florianópolis

2013



Milalita Tavares Silva Dono

**PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE BUCAL  
EM ESCOLARES NA ILHA DO MAIO, CABO VERDE:  
PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de Maio de 2013.

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>, Dr. Calvino Reibntz Junior,  
Universidade Federal de Santa Catarina

\_\_\_\_\_  
Prof., Dr. Cláudio José Amante  
Universidade Federal de Santa Catarina

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Inês Beatriz da Silva Raht  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho à minha família,  
pela dedicação, incentivo e  
compreensão mesmo estando à  
distância.

Amo vocês por tudo o que são e que  
representam a minha vida!





## AGRADECIMENTOS

À Deus pela dádiva de viver, aprender, amar e compartilhar. Pela oportunidade e por ter iluminado e acompanhado o meu caminho.

À minha família, que me deu estrutura, amor, por depositaram a confiança em mim, por ter me dado forças sempre que precisei, e pela mulher que me tornei.

Agradeço todas as dicas e conselhos sábios dados pelas minhas orientadoras Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi, sem elas o meu trabalho não seria o mesmo, a minha gratidão pela dedicação e companheirismo.

À Delegacia de Educação de Cabo Verde pelo convite, colaboração e oportunidade para realização deste trabalho.

Aos amigos e namorado pela cumplicidade e amizade, sem vocês seria impossível a realização deste trabalho.

Agradeço imensamente aos meus professores pelo empenho nos ensinamentos. Aos meus colegas, funcionários e pacientes, pois sem vocês não chegaria até aqui.

À todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para o meu aprendizado.



*“A educação é um processo rico e enriquecedor,  
pois contém o germe da crítica, reflexão e  
consciência.”*

Artur da Távola



## RESUMO

A Promoção da Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. A escola é considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde, que promovam uma efetiva parceria entre cirurgiões dentistas, professores e familiares e que estimulem a participação da comunidade escolar como multiplicadora de conhecimentos sobre a saúde bucal. A possibilidade de implantar ações desta natureza motivou a proposta deste trabalho, que teve por objetivo elaborar uma metodologia de intervenção em Odontologia em Saúde Coletiva, a partir dos referenciais da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, para escolares da rede pública da Ilha do Maio, em Cabo Verde, com foco em saúde bucal, a partir do convite da Delegacia de Educação da Ilha do Maio. Foram incluídos escolares da rede pública em Cabo Verde Ilha do maio do 1º, 2º e 3º ano pertencentes ao ensino básico na Escola Polivalente da Vila do Maio para a execução futura do projeto de intervenção. Além da metodologia baseada em atividades educativas, interativas e lúdicas, apresentamos também procedimentos preventivos e reabilitadores como diamino fluoreto de prata, tratamento restaurador atraumático e uso de flúor em larga escala. Espera-se que alunos, professores e familiares respondam satisfatoriamente às ações do projeto com relação à motivação para uma vida saudável, incluindo aspectos de saúde bucal, além de promover maior interação do cirurgião-dentista com a comunidade escolar.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde. Saúde bucal. Educação em saúde bucal. Saúde escolar.



## ABSTRACT

Health promotion in schools parts of an integral vision of the human being, which considers people in their family, community, social and environmental contexts. The school is considered a suitable location for the development of health programs that promote an effective partnership between dentists, teachers and families and to encourage the participation of the school community as a multiplier of knowledge about oral health. The possibility of implementing such actions led to the proposal of this study, which aimed to develop a methodology for intervention in Public Health Dentistry from the frameworks of Health Promotion and Health Education to public schools on the Maio Island, in Cabo Verde, with a focus on oral health, answering the invitation of the local Bureau of Education. It was included public schools students of the 1st, 2nd and 3rd year belonging to the primary school for the future implementation of the project intervention. The methodology based on interactive and entertaining educational activities, also included preventive and rehabilitation procedures as silver diamine fluoride, atraumatic restorative treatment and the use of fluoride in large scale. It is expected that students, teachers and families respond satisfactorily to the project's actions regarding the motivation for a healthy lifestyle, including oral health, and promote a greater interaction of the dentist with the school community.

**Keywords:** Health promotion. Oral health. Oral health education. School health.





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2 OBJETIVOS</b>	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<b>3 CABO VERDE: CONTEXTUALIZAÇÃO</b>	22
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	22
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO ECONÔMICA	24
3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA	26
3.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA EDUCACIONAL	26
3.3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM CABO VERDE	28
<b>4 REVISÃO DOS REFERENCIAIS TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	32
4.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL	37
4.2 ABORDAGENS COLETIVAS NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA CÁRIE	40
<b>5 METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO: UMA PROPOSTA</b>	47
5.1 ETAPAS DA INTERVENÇÃO	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	57
<b>REFERÊNCIAS</b>	58
<b>APÊNDICE A</b>	66
<b>APÊNDICE B</b>	71
<b>ANEXO A</b>	72
<b>ANEXO B</b>	73
<b>ANEXO C</b>	75



## 1. INTRODUÇÃO

Cabo Verde situa-se a cerca de quinhentos e cinquenta quilômetros da costa ocidental africana, constituído por um conjunto de dez ilhas, ocupando uma superfície de 4.039 km<sup>2</sup>, sendo nove habitadas. Em 2000, residiam no país cerca de 435.000 indivíduos, que eleva a densidade populacional a cerca de 108 habitantes por km<sup>2</sup> (CABO VERDE, 2001). Em 2009, o Ministério da Saúde da República de Cabo Verde relatou uma população de 508.633 habitantes.

Na sub-região da África ocidental, Cabo Verde está entre os países com melhores indicadores de saúde da população, devido à criação de infra-estrutura, a formação de quadros profissionais, a organização de serviços, a disponibilização criteriosa de recursos e uma legislação que suporta a institucionalização do sistema de saúde (CABO VERDE, 2007).

O caráter montanhoso da maioria das ilhas, a exigüidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, por vezes de difícil acesso, acrescido da inadequação dos meios de transporte de massa, marítimos, sobretudo, aumenta as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde dos cidadãos. Este cenário reflete em uma insatisfação dos cabo-verdianos com o desempenho do Serviço Nacional de Saúde com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados (CABO VERDE, 2007).

Como Brasil, Cabo Verde também foi uma colônia de Portugal. Um pouco mais antiga, em 1460, data da sua descoberta. Aliado a este dado histórico, há o fato de Cabo Verde ser uma referência também das viagens para o Brasil e para as Américas em geral, desde os tempos remotos. Traços caboverdianos estão presentes no Brasil, no que tange a algumas culturas agrícolas e pecuárias (no Nordeste), como também aos costumes e à cultura em geral (BAPTISTA, 2003). Cabo Verde Foi colônia de Portugal desde o século XV até a sua independência, em 1975.

Em todo mundo, mesmo que se tenha atingido grandes avanços na área da odontologia no que diz respeito aos conhecimentos técnico-científicos em relação à prevenção das doenças bucais, estas ainda continuam atingindo grande parcela da população. A saúde bucal dos cabo-verdianos revela-se um problema importante de saúde pública, porque a cárie dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças com idade escolar, e pela “prevalência das periodontopatias, afetando quase todos os grupos etários e camadas sociais” sem contar ainda com as

manifestações orais de doenças sistêmicas e traumatismos buco-maxilo-faciais (CABO VERDE, 2007). Para que esta realidade mude no país é necessário um conjunto de ações, no âmbito da saúde pública, que atinjam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento de doenças, e a reabilitação e manutenção da saúde bucal, como responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde e da coletividade.

A Promoção de Saúde, ao longo dos anos, tem sido objeto de destaque em diversas conferências nacionais e internacionais, enfatizando um conceito ampliado de saúde, que valoriza, especialmente, a interferência das questões ambientais para manutenção de uma vida saudável. A Promoção da Saúde é o processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde (CARTA DE BANGKOK, 2005). Nesse sentido, vem avançando o movimento da Promoção da Saúde que traz, para os profissionais envolvidos com questões relacionadas à qualidade de vida, uma nova forma de pensar e de agir, cuja principal preocupação seja o desenvolvimento do ser humano num mundo saudável. São necessárias intervenções que provoquem mudanças nos indivíduos, nos grupos, nos governos, ou seja, na sociedade, para que se consiga uma situação em que, pelo menos a condição mínima necessária para uma sobrevivência com dignidade seja assegurada à população (BYDŁOWSKI, 2004).

A educação em saúde integra parcela do entendimento sobre intervenções no campo da Promoção da Saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Partindo destes pressupostos e com o convite da Delegacia de Educação da Ilha do Maio (Anexo A), objetivou-se neste trabalho realizar uma contextualização teórica sobre os conceitos de Promoção de Saúde e de Educação em Saúde, com ênfase na saúde bucal, e a partir destes, propor uma metodologia de intervenção em Odontologia em Saúde Coletiva, no contexto da Ilha do Maio, no Cabo Verde.

A possibilidade de viabilização e aplicação futura da proposta pela autora se dá no âmbito do convênio PEC-G (Programa de Estudante de Convênio de Graduação) entre os dois países (Brasil e Cabo Verde).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma metodologia de intervenção em Odontologia em Saúde Coletiva, a partir dos referenciais da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, para escolares da rede pública da Ilha do Maio, em Cabo Verde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar o Cabo Verde nos âmbitos geográfico, político e social;
- Revisar a literatura sobre os referenciais teóricos da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, e sua relação com a saúde bucal;
- Apresentar uma metodologia de intervenção baseada nos referenciais da Promoção da Saúde, com foco na saúde bucal, orientado a escolares da rede pública da Ilha do Maio, no (em) Cabo Verde.

### 3. CABO VERDE: CONTEXTUALIZAÇÃO

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Trata-se de um arquipélago localizado ao largo da costa da África Ocidental. As ilhas vulcânicas que o compõem são pequenas e montanhosas. Existe um vulcão activo, na ilha do Fogo, que é igualmente o ponto mais elevado do arquipélago, com 2.829 m. O país é constituído por 10 ilhas, das quais 9 habitadas, e vários ilhéus desabitados, divididos em dois grupos:

Ao norte, as ilhas de Barlavento. Relacionando de oeste para leste: Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia (desabitada), São Nicolau, Sal e Boa Vista. Pertencem ainda ao grupo de Barlavento os ilhéus desabitados de Branco e Raso, situados entre Santa Luzia e São Nicolau, o ilhéu dos Pássaros, em frente à cidade de Mindelo, na ilha de São Vicente e os ilhéus Rabo de Junco, na costa da ilha do Sal e os ilhéus de Sal Rei e do Baluarte, na costa da ilha de Boa Vista.

Ao sul, as ilhas de Sotavento. Enumerando de leste para oeste: Maio, Santiago, Fogo e Brava. O ilhéu de Santa Maria, em frente à cidade de Praia, na Ilha de Santiago; os ilhéus Grande, Rombo, Baixo, de Cima, do Rei, Luís Carneiro e o ilhéu Sapado, situados a cerca de 8 km da ilha Brava e o ilhéu da Areia, junto à costa dessa mesma ilha.

As maiores ilhas são a de Santiago a sudeste, onde se situa Praia, a capital do país, e a ilha de Santo Antão, no extremo noroeste. Praia é também o principal aglomerado populacional do arquipélago, seguida por Mindelo, na ilha de São Vicente.

O povoamento das ilhas deu-se entre os homens e mulheres de vários grupos políticos do continente Africano e os do continente Europeu, em especial os portugueses. Durante esse processo de colonização, estes diversos grupos sociais e culturais estabeleceram relações na base do poder e da violência e destas relações surgiu terceiro grupo social e cultural que para uns “não são nem Portugueses nem Africanos, mas sim, os caboverdianos (ANJOS apud BAPTISTA, 2003).

Os traços da sociedade mestiça que se formou são evidenciados pelos aspectos culturais que demonstram tanto a influência europeia quanto a africana, mas são caracteristicamente sintéticos. A língua do berço, o *crioulo*, assim chamado pela maioria, é a língua caboverdiana. Quanto à religiosidade, o cristianismo é uma manifestação fundamental, de expressão católica, desde a colonização. Há apenas resquícios de crenças africanas carecendo de um estudo atento e aprofundado. As tradições orais, destacando-se os usos e os costumes, a literatura oral e

as crendices, exprimem uma cosmovisão caboverdiana. Na música, a modalidade da “*morna*”, em especial, entre outras, revela a influência portuguesa, enquanto a “*coladeira*”, o “*batuque*” e o “*fiçon*” revelam a influência africana. Quanto à alimentação, a base é o milho do qual são feitos vários pratos (dentre os quais, a “*cachupa*”, de origem portuguesa, o “*cuscuz*”, de origem árabe. Outros pratos à base do peixe são muito apreciados. A habitação e os vestuários idênticos em todas as ilhas revelam ostensivamente a influência portuguesa (BAPTISTA, 2003).

O clima é tropical, bastante ameno, com uma média anual em torno de 25°C e sem grandes amplitudes térmicas: variações entre a temperatura máxima e a mínima não ultrapassam os 10°C, por causa da influência do oceano. Há duas estações: uma estação seca (entre Novembro e Julho) e outra, chuvosa (de Agosto a Outubro).

As condições climáticas são apenas mais uma das graves restrições ao desenvolvimento, não permitindo que uma parte substancial da população tenha um rendimento garantido e estável. A fraca pluviosidade continua a influenciar negativamente o desempenho do sector agrícola, cuja importância estratégica é fundamental não só como fator condicionador das condições de vida e conforto das famílias, sobretudo no espaço rural, mas também enquanto alternativa à emigração e ao combate à desertificação do interior (CABO VERDE, 2000).

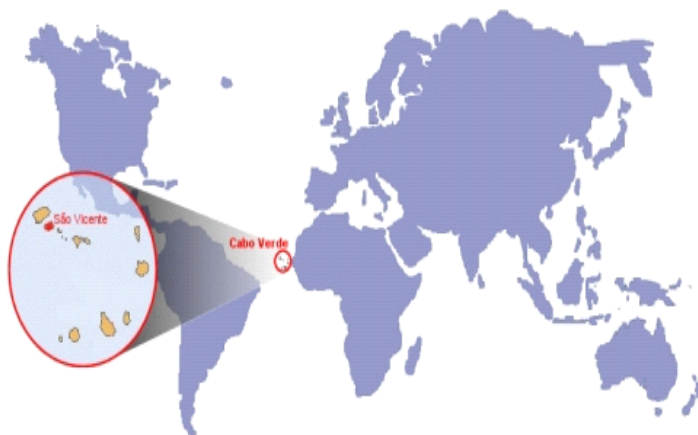


Figura 1 – Localização geográfica de Cabo Verde

Fonte: Cabo Verde (2012).

### 3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO ECONÔMICA

Não obstante os períodos áureos ocorridos após a independência, a economia caboverdiana tem registrado melhorias significativas embora sob o ponto de vista da sua estrutura setorial, constata-se ainda a fragilidade do setor da agricultura, a insipiência da indústria e a predominância dos setores do comércio, da construção civil e dos serviços da administração pública, dos transportes e comunicações. Apesar dos referidos setores empregarem um número elevado da população ativa, o seu ritmo de crescimento é de tal ordem que, os diferentes setores são incapazes de absorver a mão-de-obra excedente, o que tem a ver com a insuficiência dos investimentos públicos e privados, ausência de uma classe empresarial forte e programas de formação técnico profissional, contribuindo assim para o aumento da elevada taxa de desemprego nas idades jovens (cerca de 17,3% em nível nacional e 29,7% para os indivíduos de idade compreendida entre 15-24 anos), particularmente em certos conselhos do país, criando obstáculos ao desenvolvimento e acelerando os movimentos migratórios entre ilhas e para o exterior (CABO VERDE, 2000).

Nos dias actuais o turismo tem se tornado uma importante fonte econômica para o país, o que dificulta é a questão estrutural. A contribuição mais importante para o PIB vem do setor terciário ou de serviços com 70%, em 2005, dos quais 40% proveniente do setor turístico (CABO VERDE, 2007).

O país, por ser de dimensão reduzida e enquadrada geograficamente na zona economicamente mais pobre do planeta, encara ameaças consideráveis à auto-sustentabilidade do seu processo de desenvolvimento. Tanto assim que continua a depender estruturalmente de fatores que fogem ao controle da política econômica, como por exemplo, da ajuda externa ao desenvolvimento, das remessas dos emigrantes e, de forma crescente, do investimento direto estrangeiro. Estes aspectos são minorados pela situação geográfica do país, que lhe confere uma posição estratégica central aos grandes blocos econômicos. A existência de infraestruturas de transportes e comunicações possibilitam o acesso facilitado para os que têm melhores condições de vida para praticamente todo o território nacional e alguma facilidade de ligações ao resto do mundo (CABO VERDE, 2001).

Historicamente, a emigração tem sido um fator de regulação do crescimento demográfico em Cabo Verde. Atualmente há milhares de caboverdianos que vivem no exterior e principalmente nos Estados Unidos da América, na Europa e na África. A decisão de emigrar é



essencialmente ditada por razões de ordem econômica, uma vez que o emigrante associa à emigração a imagem de uma vida melhor, de segurança econômica.

Da análise dos dados conclui-se, portanto que os principais setores e sub-setores da economia cabo-verdiana são o setor terciário, em particular, o comércio pelo seu peso, as comunicações, os serviços governamentais, a construção e a agricultura. Este pelo seu peso e importância estratégica na criação do emprego, redução da pobreza. Embora a agricultura ocupe apenas 9,6% da superfície do país, representa um dos setores produtivos primários de importância crucial no desenvolvimento socioeconômico de Cabo Verde. Um bom ano agrícola provoca mudanças significativas das variáveis macroeconômicas, a inflação e o poder de compra dos consumidores, através da baixa de preços no mercado (CABO VERDE, 2003).

Dados atuais foram registrados no jornal “Asemana” (2012) que Cabo Verde é o melhor dos países lusófonos e está em primeiro lugar entre os 16 países da África Ocidental no Índice Ibrahim de Governança Africana (IIGA) de 2012. O IIGA de 2012 mostra que a governação em África melhorou desde 2000. Nos últimos 12 anos, em nível continental, houve melhoramentos em 11 das suas 14 subcategorias.

No conjunto dos 52 países, o arquipélago é vice-líder, apenas ultrapassado pelas ilhas Maurícias. O IIGA é o resultado da análise de uma série de factores, em que Cabo Verde obtém a sua pontuação mais alta na categoria de Segurança e Estado de Direito e a sua pontuação mais baixa na categoria de Desenvolvimento Económico Sustentável. No que concerne ao Desenvolvimento Económico Sustentável, Cabo Verde é classificado nas subcategorias Administração Pública (18º), Ambiente Comercial (5º), Infra-estruturas (7º) e Sector Rural (1º). No Desenvolvimento Humano (5º), o país está em terceiro na Assistência Social, em sexto na Educação e quinto em Saúde.

Estudo encomendado pela Associação Brasileira dos Sebrae Estaduais (Abase) aponta Cabo Verde como opção para alavancar o comércio no Nordeste do Brasil segundo o jornal “Asemana” de Cabo Verde. Afirma também que a regularidade da rota com Cabo Verde vai aumentar a pauta de exportações dos cearenses e ir além dos produtos têxteis, de higiene, construção civil e frutas. A ideia é transformar o arquipélago cabo-verdiano num “hub” (conexão) com as nações africanas. “A necessidade dessa rota existe não para suprir o mercado cabo-verdiano, mas sim para fazer do país um entreposto para dispersão para outras nações da África e outros países, como um hub marítimo”,

comenta o especialista em relações internacionais e consultor João Bosco Monte (CABO VERDE, 2012).

### 3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA

Cabo Verde é uma república democrática semipresidencialista (parlamentarismo mitigado), com regime multipartidário. O governo é baseado na constituição de 1980, que institui o regime de partido único, revisto em 1990 para introduzir o multipartidarismo e em 1992 para ajustá-lo na totalidade com os valores da democracia multipartidária.

As eleições são presidenciais (para eleger o Presidente da República) e legislativas (para eleger os deputados nacionais), que são eleitos para mandatos de cinco anos. O presidente do partido com maioria na Assembleia Nacional (Parlamento) é empossado como Primeiro-ministro. Apesar de ainda não haver ocorrido, há a possibilidade de o Presidente da República ser de um partido e o Primeiro-ministro de outro.

O Presidente da República, a Assembleia Nacional e o Conselho Superior da Magistratura Judiciária (esses também eleitos pela Assembleia Nacional) participam na eleição dos membros do Supremo Tribunal da Justiça.

A pobreza ocupa um lugar importante entre os fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde, tendo em conta as suas múltiplas causas e manifestações ligadas à alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, rendimento, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. A proporção da população que vive na pobreza vem-se reduzindo, mas os cabo-verdianos que vivem com menos de um dólar por dia é ainda elevado como indicado acima. No entanto este grupo da população tem acesso gratuito aos cuidados de saúde (CABO VERDE, 2007).

#### 3.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA EDUCACIONAL EM CABO VERDE

O Ministério da Educação de Cabo Verde (2005) explica de uma forma detalhada como é o sistema educacional no país.

Na época colonial fazia parte do sistema educativo o nível Pré-escolar, Primário, Secundário e Profissional, não existia qualquer instituição de formação superior. Atualmente, o sistema educativo em

Cabo Verde estrutura-se em Pré-Escolar, Escolar e Extra-escolar e tem uma gestão assegurada nos níveis central e conselho.

Existem duas idades de ingresso oficial no Ensino Básico. Normalmente as crianças que frequentarem dois anos no Pré-Escolar ingressam no ensino básico aos 6 anos e as demais entram no Ensino Básico com 7 anos de idade. Entendendo-se que a maioria das crianças ingressam no Ensino Básico aos 6 anos de idade, optou-se por considerar a faixa etária dos 6 aos 11 anos e no Ensino Secundário, 12 à 17 anos como idade oficial para a frequência desses níveis de ensino.

A educação pré-escolar destina-se às crianças dos 3 aos 5 anos. A sua frequência é facultativa e desenvolve-se mediante iniciativas promovidas por instituições privadas, comunitárias, religiosas ou públicas (de proteção à infância). Cabe ao Ministério da Educação, a coordenação pedagógica e o estabelecimento das normas gerais do seu funcionamento.

A educação escolar compreende os ensinos básico, secundário, médio e superior:

- O Ensino Básico (EB) é obrigatório e universal e tem a duração de seis anos. Constitui um ciclo único, estruturado em três fases seqüenciais, de dois anos cada. O plano de estudos, organizado nas áreas de Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Integradas e Expressões (Plástica, Físico-Motora e Musical), obedece aos princípios da unidade curricular e da integração disciplinar. É gerido em regime de monodocência.

- O Ensino Secundário (ES) tem como objetivo fundamental a continuação de estudos e a preparação para a vida ativa. Tem a duração de 6 anos (7º ao 12º), e está organizado em três ciclos seqüenciais. O primeiro ciclo do Ensino Secundário é denominado Tronco Comum (7º e 8º anos) por permitir, a partir da sua finalização, que os alunos optem pela Via Geral ou pela Via Técnica.

- O Ensino Médio é ministrado pelo Instituto Pedagógico e tem por objetivo formar professores para o Ensino Básico.

- O Ensino Superior pode ser realizado no país e no estrangeiro. No País funcionam o Instituto Superior de Educação (ISE), o Instituto Superior de Engenharia e Ciências do Mar (ISECMAR), o Instituto Superior de Ciências Económicas e Empresariais (ISCEE), a Universidade Jean Piaget de Cabo Verde e o Instituto de Estudos Superiores Isidoro da Graça. Destas instituições, apenas o ISCEE não outorga graus de licenciatura.

O Ensino Básico na ilha do Maio é constituído por 4 (quatro) pólos educativos, este nível de ensino iniciou no ano letivo de 2011 com

um total de 961 alunos, distribuídos por 11 escolas, sob a tutela de 48 professores, quatro gestores, acompanhados, assistidos e supervisionados por quatro Coordenadores Pedagógicos a tempo inteiro (cada pólo tem um coordenador como ponto focal) (VARELA, 2011).

### 3.3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM CABO VERDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde conseguiu avanços significativos desde a independência do País, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano. A evolução positiva dos indicadores de saúde testemunha os ganhos conseguidos, colocando Cabo Verde numa posição invejável na sub-região e contribuindo para a graduação de país de desenvolvimento médio.

O fato de Cabo Verde ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do SNS e das respostas aos problemas do setor, acarretando custos extremamente elevados. Populações isoladas, a sua dispersão em localidades remotas e de difícil acesso interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Por outro lado, exige a existência de boas estradas e de meios de transportes aéreos e marítimos regulares e economicamente acessíveis à maioria das populações, como elementos fundamentais para o acesso às instituições de saúde e a evacuação rápida e segura de pacientes (CABO VERDE, 2007).

A Política Nacional de Saúde Cabo Verde (2007), também propõe outros objetivos: a reforma do setor da saúde pretende promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorarem a gestão dos recursos humanos, assegurarem a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento. Numa palavra, o objetivo maior da reforma é ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos pacientes.

O Relatório Estatístico do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde (2009) aborda sucintamente a linha de gestão dada pela Delegacia de Saúde: constituída por uma equipe técnica chefiada pelo Delegado de Saúde, médico com formação teórica e prática específica em gestão sanitária. Cada Delegacia de Saúde dispõe de, pelo menos um Centro de Saúde. Particular atenção deve ser prestada à organização do Centro de Saúde nos conselhos que coincidem com uma ilha onde não

está sediado o hospital. A Delegacia de Saúde administra ainda dois tipos de estruturas de nível infra municipal, Posto Sanitário e Unidade Sanitária de Base.

A direção da região sanitária tem, predominantemente, um caráter de coordenação e de materialização da descentralização do sistema de saúde, de reorientação do modelo assistencial prevalecente e de busca de equilíbrio entre a atenção primária e a secundária.

O Hospital Central, ou de referência nacional, é organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar diferenciada. Para garantir a prestação de cuidados de saúde especializados, o SNS, em nível central, deve dispor de estabelecimentos de nível terciário, os Hospitais Centrais, seja para uma prestação direta, seja referida, ou ainda, através de evacuações sanitárias para o exterior, de casos que ultrapassem a sua capacidade de resposta.

A reorganização da rede prestadora da atenção primária (Centro de Saúde) e da secundária (Hospital Regional) nas cidades de Praia e do Mindelo é uma condição indispensável para o funcionamento dos Hospitais Centrais. Estes hospitais “são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e patrimônio próprio e de autonomia administrativa e financeira. As infra-estruturas sanitárias do Sistema de Saúde de Cabo Verde correspondem de uma forma geral, às necessidades das populações locais e demonstram o esforço realizado:

- 1 Sede própria de delegacia de saúde
- 2 Hospitais Centrais: Hospital Agostinho Neto (Praia/Santiago), Hospital Baptista de Sousa (Mindelo/São Vicente);
- 3 Hospitais Regionais
- 30 Centros de Saúde
- 5 Centros de Saúde Reprodutiva
- 1 Centro Terapia Ocupacional
- 1 Centro de Saúde Mental
- 34 Postos Sanitários
- 113 unidades sanitárias de base: estruturas elementares, sem enfermeiro a cargo de um agente sanitário, nas pequenas localidades
- 1 Sede própria de delegacia de saúde

O setor da Saúde, tutelado pela Direção Geral de Saúde, em 2009, contava com 251 médicos e 496 enfermeiros, o que corresponde a 1 médico para 1.958 habitantes e 1 enfermeiro por 991 habitantes. Todas as ilhas têm no mínimo 2 médicos. O setor Farmacêutico em 2009 contava com 50 Farmacêuticos (público: 12; privado: 38).

A medicina privada também é praticada, são no total 60 consultórios privados em diversas especialidades, em clínicas na Cidade da Praia (Santiago) e no Mindelo (S. Vicente), Sal e em consultórios médicos de regime de ambulatório. Em relação aos cirurgiões-dentistas, atualmente existem em pouca quantidade e são no total 38, distribuídos pelas ilhas, trabalhando no setor privado.

Dos poucos cirurgiões-dentistas que existem em Cabo Verde, ainda sua distribuição entre as ilhas é desigual. Nas ilhas de Santiago e São Vicente situa-se a maior concentração de consultórios médicos privados, públicos e consultório odontológicos privados e são onde tem maior concentração da população.

Ainda em Cabo Verde há uma carência no que diz respeito aos atendimentos no setor público onde oferecem basicamente a exodontia, um tratamento mutilador, sem atender as reais necessidades dos pacientes.

Além dessa questão de locomoção nas ilhas e inter-ilhas dos que tem menos acesso aos serviços de saúde por fatores econômicos e geográficos, sendo que nem todas as ilhas possuem o mesmo nível de infraestrutura, com isso acaba acarretando no tipo de qualidade ao nível de atendimento no sistema de saúde, principalmente no que se refere aos avanços relacionados com a saúde bucal da população

A prática odontológica em Cabo Verde ainda concentra a maioria de suas ações no campo da assistência individual, isto é, na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores, com base em instrumentos da clínica odontológica. Assim, mostra que a formação e capacitação dos recursos humanos têm sido direcionadas mais para as ações individuais nos próprios consultórios e não de ações que tenham impacto social com enfoque na saúde coletiva.

O cirurgião-dentista ainda é o principal responsável pela transmissão de informações e orientações em saúde bucal. Tal tarefa, muitas vezes, é limitada, principalmente, em programas educativo-preventivos, no setor público, devido ao número restrito de cirurgiões-dentistas disponíveis para atender uma grande parcela da população.

A ilha do Maio é uma das dez ilhas de Cabo Verde com 8.132 habitantes, onde a Vila do Porto Inglês é o centro urbano da ilha. Tem um centro de saúde, com 2 médicos, 2 postos de sanitários e 3 unidades sanitárias de bases onde também se distribuem os 7 enfermeiros. Tem 1 consultório médico e um consultório odontológico privado. A assistência farmacêutica é oferecida pelos postos de vendas, a farmácia pública oferece somente uma pequena parte de medicamentos gratuitamente.



#### **4. REVISÃO DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

A Promoção da Saúde supõe uma concepção que não restrinja o conceito de Saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. As ações de Promoção da Saúde incidem sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Buss (2000) esclarece que a Saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

As atividades de Promoção da Saúde estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000).

As origens e concepções da Promoção da Saúde estão intimamente relacionadas à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor. Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) colocou-se que, para atingir bons níveis de saúde, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que vivem. Como resultado dessa Conferência, o documento final - um dos mais importantes documentos que fundam marco conceitual da Promoção da Saúde - denominado Carta de Ottawa, apresenta um conceito amplo da saúde considerando-a socialmente produzida e determinada por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais políticas e ambientais. Na Carta de Ottawa (1986), saúde é entendida, não como um objetivo em si, senão como um recurso fundamental para a vida cotidiana. O documento afirma também



que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Na Carta de Ottawa a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. E completa que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (BRASIL, 2001).

A Carta de Ottawa refere também a uma combinação de estratégias para alcançar a saúde: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

O moderno movimento de Promoção da Saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento "A New Perspective on the Health of Canadians" também conhecido como Informe Lalonde (1974). Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de Campo da saúde, que reúne os chamados determinantes da saúde. Esse conceito contempla a decomposição do Campo da saúde em quatro amplos componentes: Biologia humana, Ambiente, Estilo de vida e Organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam o processo saúde doença.

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978, trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de "Saúde para todos no ano 2000" e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; Promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básicos apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos.

O papel da Promoção da Saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes. Deve-se buscar a

criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento (DECLARAÇÃO DE BOGOTÁ, 1992).

Destaca como princípios da Promoção da Saúde envolvimento da população como um todo, no contexto de vida diário, mais do que a focalização nas pessoas em risco de serem acometidos por uma doença específica; ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde; combinação de métodos e abordagens diversas, porém complementares; efetiva e concreta participação social; atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde (WESTPHAL, 2006).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, 1997, produziu a Declaração de Jacarta que inovou estabelecendo cinco prioridades para a Promoção da Saúde a serem cumpridas até o final do século XXI: promover a responsabilidade social pela saúde; aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; expandir e consolidar alianças para a saúde; aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde. A conferência reconheceu que os métodos em Promoção da Saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo, e que diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho etc.) oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais. Estas são iniciativas que consideram a Promoção da Saúde como um processo participativo de produção social da saúde, que ocorre no contexto do desenvolvimento econômico e social das instituições, das cidades, das regiões, dos países, objetivando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações, mediante políticas públicas equitativas e intersetoriais (WESTPHAL, 2006).

A política Nacional de Cabo Verde (2007) adota as estratégias para a Promoção da Saúde do postulado da VI Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde (BANGKOK, 2005), segundo o qual os progressos na melhoria da saúde exigem uma firmeza da ação política, uma ampla participação e uma ação sustentada de sensibilização, com vistas à implementação das seguintes medidas:

- Defender a causa da saúde na base dos direitos humanos e da solidariedade;
- Investir em medidas e infraestruturas duráveis para agir sobre os determinantes da saúde;

- Elaborar uma “Política Nacional de Promoção da Saúde”, desenvolver capacidades de direção de Promoção da Saúde, de transferência de conhecimentos e de pesquisa e de informação em matéria de saúde;

- Legislar e regulamentar a fim de assegurar um elevado nível de proteção e de bem-estar para todos os indivíduos;

- Estabelecer parcerias e alianças com outros setores públicos, com o setor privado, organizações não governamentais e organismos internacionais e a sociedade civil com o fim de realizar ações duráveis.

A Promoção da Saúde deve ser entendida como uma estratégia transversal, multi e interdisciplinar, não se limitando a questões relativas à prevenção, tratamento e cura de doenças. Deve possibilitar ao sujeito a autonomia para tomada de decisão, determinação para lutar pelos seus direitos e cumprir seus deveres de forma responsável. Portanto, promover saúde é mais amplo do que considerar somente a ausência de doença, pois tal ação deve estar fundamentada numa perspectiva de melhora das condições de vida da população, direcionando o indivíduo, a família ou a comunidade para a tomada de decisão, transformando comportamentos e favorecendo a saúde e o bem-estar da humanidade (CZERESNIA, 2003).

Nesse sentido a Organização Pan-Americana da Saúde relaciona a Promoção de Saúde à intersectorialidade entendida como o "conjunto de ações no ambiente social, político, educacional, físico, econômico, cultural e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças nos indivíduos e na coletividade". A intersectorialidade com princípio da Promoção da Saúde "reconhece e chancela a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa, permite constituir uma rede única a testemunhar que, na origem de tudo, está em um espírito único a olhar um único mundo" (MENDES, 2002).

Bydlowski et al. (2004) mostram que a Promoção da Saúde propõe é uma atuação para que a equidade seja alcançada, isto é, possam ser criadas oportunidades para a justiça social, em que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna. Tomadores de decisão devem, portanto, reconhecer que as pessoas vivem em um comportamento moldado por sistemas sociais, políticos e econômicos, e que essas pessoas devem ter acesso aos recursos de que precisam para manter a boa saúde (WATT, 2007; SMEDLEY, SYME 2001).

Para Akerman, Bogus e Mendes (2004), promover a vida, os direitos do cidadão é compartilhar possibilidades para que todos possam

viver seus potenciais de forma plena, é perceber a interdependência entre os indivíduos, organizações e os grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação, é reconhecer que a cooperação, solidariedade, transparência entre os sujeitos precisam ser resgatadas. Promover saúde é uma imposição das circunstâncias actuais que apontam para a necessidade de novos caminhos éticos para sociedade.

Fenandez et al (2008) retratam que são os determinantes sociais, econômicos e políticos desses processos, conduzindo a Promoção da Saúde para uma preocupação com as condições de emprego, renda, moradia, educação e segurança, entre outras coisas, que facilitam ou dificultam a obtenção de graus satisfatórios de saúde e bem-estar pelas pessoas e comunidades. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde assumiu contornos mais políticos atuando em proximidade com agendas de conquista e efetivação de direitos, de reforma dos modelos de gestão e de mobilização social, razão pela qual afirmamos no início que ela poderia ser identificada a partir de diversas áreas de conhecimentos e práticas. Moysés (2012) afirma que, embora os indivíduos façam escolhas sobre como se comportar, essas escolhas são feitas de acordo com sua condição socioeconômico, familiar e cultural. Portanto, os comportamentos individuais, comumente referidos como fatores proximais, são em grande parte influenciados por ambientes sociais, e assim a potencialização de alguns recursos podem tornar mais fácil de se promover estilos de vida mais saudáveis.

Para Bezerra (1999) a forma tradicional de tratamento centrada na doença e até então hegemônica, está gradualmente cedendo espaço para outro tipo de atenção profissional, cujo paradigma é a prevenção das doenças e a Promoção da Saúde. A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, bem como os mencionados pré-requisitos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde. A Promoção da Saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. A Carta de Otawa explica que os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes. Os profissionais de saúde e grupos sociais têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade (BRASIL, 2001).

O desenvolvimento de habilidades pessoais se viabiliza mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

#### 4.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas por diversos pesquisadores. Embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde.

Embora a educação, sozinha, não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis (PAULETO et. al., 2004).

A educação e motivação são procedimentos extremamente importantes, pois desenvolve nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção da saúde, ou seja, cria-se uma disposição para a ação (SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2003; BEZZERA, 1999).

A ‘nova’ educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida. Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável (VELLOZO, 2008).

Watt (2005) afirma que, tradicionalmente as estratégias para prevenir doenças bucais são dirigidas a mudança de comportamentos. Sem surpresa, esse tipo de abordagem teve impactos positivos limitados sobre a saúde bucal.

Ressalta-se assim, as deficiências das atuais abordagens para reduzir as desigualdades em saúde e melhorar a saúde bucal. Deve-se considerar o importante papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença bucal, e associa esses determinantes às pesquisas e políticas públicas, a fim de implementar estratégias para reduzir as desigualdades de saúde bucal. Assim, combater as desigualdades em saúde bucal requer estratégias implementadas sob medida para as necessidades em saúde de cada grupo social (MOYSÉS, 2012).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1995) a Promoção da Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Assim, as ações de Promoção de saúde visam desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; bem como fomentar uma análise sobre os valores, as condutas, condições sociais e os estilos de vida dos próprios sujeitos envolvidos (PELICIONI; TORRES apud GONÇALVES, 2008). Porém, nem sempre essa visão esteve presente nas práticas pedagógicas desenvolvidas nas escolas.

O Programa de Saúde na Escola (PSE), no Brasil, considera que a escola é um espaço social importante para construção de uma sociedade democrática. Logo, as crianças, adolescentes e jovens devem participar das decisões que ocorrem no cotidiano da escola, como por exemplo, na elaboração de um plano de ação em saúde, que pode ser incluído no Projeto Político-Pedagógico das escolas (BRASIL, 2012).

A iniciativa das Escolas Promotoras da Saúde representa uma oportunidade efetiva para promover saúde bucal no contexto escolar. Pode servir como uma base teórica, integrando a saúde bucal no currículo escolar de forma coerente, facilitando assim o processo de aprendizagem e gerando impactos positivos na saúde e bem-estar de toda comunidade escolar: alunos, professores, funcionários da escola, famílias e demais membros da comunidade envolvidos.

LEONELLO e L'ABBATE (2006) ressaltam a importância de quem trabalha diariamente e diretamente com os alunos, ou seja, o educador. Não desconsideram a importância da atuação e integração da equipe de profissionais de saúde na escola; ao contrário, a escola como equipamento social deve interagir e articular estratégias de Promoção da Saúde com essa equipe. Então os professores e alunos do magistério podem colaborar com a educação em saúde, pelo fato de seu constante convívio com escolares favorecem o desenvolvimento de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal agindo, assim, como parceiros nas ações (FERREIRA et al, 2005; PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Percebe-se, portanto, a necessidade de uma maior integração entre profissionais da área da saúde e da educação para que os últimos sejam capacitados a promoverem a própria saúde bucal e também a das crianças que estão sob seus cuidados no ambiente escolar (VELLOZO et al., 2008).

Na teoria de Paulo Freire (1979), uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo, como faz com muita frequência a educação em vigor num grande número de países do mundo, educação que tende a ajustar o indivíduo à sociedade, em lugar de promovê-lo em sua própria linha (SAVIANI, 1984).

Para Paulo Freire (2001), ensinar não pode ser um puro processo de transferência de conhecimento do ensinante ao aprendiz. A conscientização, que se apresenta como um processo num determinado momento, deve continuar sendo processo no momento seguinte, durante o qual a realidade transformada mostra um novo perfil (FREIRE, 1979).

Portanto, as atividades de educação em saúde bucal devem ser capazes de promover a compreensão, no sentido de ajudar as pessoas a identificar ações e atitudes nocivas à saúde, revisar suas crenças, incentivar o auto-cuidado da boca para detectar problemas, incentivar mudanças de estilo de vida, promovendo a autonomia. A fim de facilitar o processo educativo, o relacionamento entre os profissionais de saúde bucal e indivíduos cuidados devem ser vistos como uma parceria, em vez da tradicional relação hierárquica verticalizada entre prestador de cuidados e receptor de cuidados (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008).

Silveira Filho (2002) aponta as seguintes ações como possibilidade na atuação do cirurgião dentista: educação em saúde, escovação orientada/supervisionada, controle da placa bacteriana com evidenciador, aplicação terapêutica intensiva com flúor, aplicação de carióstático, aplicação de selante, orientação dietética, detecção precoce de lesões da mucosa e dos tecidos moles e minimização de riscos ao trauma bucal nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, creches, empresas, etc). Assim, saúde bucal torna-se parte integrante e integrada ao cidadão saudável, e o papel de profissionais ligados à saúde bucal tem ainda maior impotência nos diferentes espaços sociais interconectados com sua prática (SHEIHAM; MOYSES, 1999).

Falar de prática educativa em saúde bucal não é suficiente nem garante a qualidade do trabalho de Promoção da Saúde e prevenção das doenças. A educação, muitas vezes, chega de modo abstrato, descolada da realidade da população (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

É muito difícil identificar com precisão onde termina a saúde e onde começa a doença. Deste modo, conceituamos saúde e doença como algo dinâmico e contínuo, isto é, como um processo. Cabe ao educador em saúde bucal ou à equipe, organizá-las junto com a população de

espaços sociais (escolas, creches etc) da área de abrangência da unidade de saúde ou com grupos de pacientes da própria unidade. Essas ações poderão variar dependendo da experiência coletiva do grupo com o qual se vai interagir. Além disso, é preciso conhecer, do ponto de vista cognitivo, psicológico e social, o aluno que vai construir este conhecimento (FRAZÃO; NARVAI, 2001).

As políticas de saúde no contexto escolar podem tratar de questões de saúde bucal e ampliar os recursos que promovem a saúde. Algumas dessas políticas incluem: ambiente psicossocial respeitoso; proibição da venda de alimentos não saudáveis nas imediações do ambiente escolar; proibição de consumo de álcool e tabaco nas instalações da escola, e viabilização da escovação dental supervisionada diariamente (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008).

A educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e de atitudes e construção de valores que levam o sujeito a agir no seu dia-a-dia em benefício da própria saúde e da saúde na coletividade (GARCIA; CORONA; VALSECKI, 1998).

## 4.2 ABORDAGENS COLETIVAS NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA CÁRIE

Diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa bacteriana, através da modificação de seus fatores etiológicos. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se fundamentalmente, na educação e motivação do paciente ou população (FERREIRA, 2005).

A cárie continua sendo um grave problema de saúde pública devido à sua natureza generalizada, alto custo de tratamento, e é a principal causa de dor na boca e perda de dentes que acaba afetando a qualidade de vida (DITMYER et. al, 2010). É uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e 90% da população mundial já teve problemas dentários ou dor de dentes causados por cárie. Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento as consequências da cárie permanecem sem tratamento. A experiência da dor, problemas para comer, mastigar, sorrir e de comunicação, devido à falta de dentes ou por que estão danificados repercutem na vida das pessoas e no seu bem-estar. Além disso, as doenças bucais restringem as atividades domésticas, na escola e no trabalho causando perdas sociais e econômicas, a cada ano, em todo mundo (MOYSÉS, 2012).



A combinação racional de diferentes recursos e tecnologias visando ao controle de mais de um fator de risco, e quando possível, o controle de mais de uma patologia como no caso dos estágios iniciais da cárie dentária e da gengivite que ocorrem desde a infância, podemos destacar as seguintes ações coletivas: fluoretação das águas de abastecimento público, fluoretação de dentifícios, bochechos fluorados, evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação supervisionada, aplicação de gel fluorado com escova ou moldeira, atividades educativas; e as seguintes ações individuais: aplicação de cariostáticos, de vernizes fluorados, selantes oclusais etc (GARCIA; CORONA; VALSECKI, 1998).

A prevenção e o tratamento da doença cárie continuam sendo um dos maiores desafios da Odontologia. Sabe-se que devido a fatores como transmissibilidade de bactérias cariogênicas da mãe para o filho, dieta inadequada e higiene deficiente, a cárie atinge cada vez mais pacientes infantis (WAMBIER; PAGANINI; LOCATELLI, 2003).

Estudo de Jurgensen; Petersen (2009) revelou alto risco de cárie em crianças com atitude baixo ou mederado para a saúde, uma história de visitas ao dentista e uma preferência por beber bebidas açucaradas durante o horário escolar. Baixo risco foi encontrado para crianças com boa percepção ou média de saúde bucal própria.

As evidências atuais mostram que a cárie dentária é uma doença multifatorial e complexa modulada por fatores genéticos, comportamentais, sociais e ambientais (DITMYER et al, 2010).

A cárie dentária é a patologia mais comum da cavidade bucal, possuindo etiologia complexa, que inclui microbiota, dieta, hospedeiro, além de fatores coadjuvantes como socioeconômicos e ambientais. (BARATIERI et al, 2001, TENUTA; CURY 2010). É importante caracterizar que a cárie pode ser explicada como resultado da fermentação dos carboidaratos da dieta por bactérias, levando à formação de ácidos que dissolvem o esmalte dentário (PINTO, 2010). É um processo que resulta a perda mineral gradual destruindo as estruturas dentárias. Lesões de cárie restritas ao esmalte podem, usualmente, serem detidas (controladas) por meio de melhor controle de placa, alterações na dieta e uso de fúor (FRENCKEN; HOLMGREN, 2001).

O Tratamento Restaurador Atraumático, conhecido pela sigla em inglês ART \_ Atraumatic Restorative Treatment, envolve não só a realização de restaurações, mas também de procedimentos educativo-preventivos associados. É uma forma simplificada de atendimento, que consiste na remoção do tecido cariado com instrumentação manual. Dispensa o uso de anestesia e isolamento absoluto, permitindo sua

aplicação em locais desprovidos de equipamentos odontológicos. O ART apresentou maior indicação para os dentes decíduos que para os permanentes (WAMBIER; PAGANINI; LOCATELLI, 2003).

É um procedimento de mínima invasão que visa deter progressão da doença cárie. Envolve a remoção do tecido cariado amolecido, completamente desmineralizado com instrumentos manuais. Este procedimento é seguido pela restauração da cavidade com material dentário adesivo que sela, simultaneamente, as fôssulas e fissuras. ART foi uma técnica pioneira aplicada na África - Tanzânia, nos meados dos anos 80, como um programa de atenção com a saúde bucal desenvolvido pela faculdade de Dar es Salaam, para tratamento não-convencional para lesões de cárie em populações sem acesso à consultórios odontológicos tradicionais (FRENCKEN; HOLMGREN, 2001).

Os princípios básicos da técnica ART permanecem tão válidos no consultório odontológico, quanto em uma situação de campo num país em desenvolvimento. Estudos demonstram longevidade até 3 anos nos dentes permanentes como na dentição de decidua (FRENCKEN; HOLMGREN, 2001). Para Wambier; Paganini; Locatelli (2003), o tratamento restaurador atraumático apresentou maior percentual de indicação para os dentes decíduos que para os permanentes

Segundo Frencken e Holmgren (2001), possui como vantagens:

- Abordagem favoravelmente biológica, envolvendo apenas a remoção dos tecidos dentários amolecidos, desmineralizados. Isto é, resulta em preparos cavitários mínimos conservando o máximo de tecido dentário.

- Não apenas a cavidade é preenchida, mas também a margem das restaurações e as fôssulas e fissuras adjacentes são preenchidas com o mesmo material. Isto resulta em um procedimento restaurador e preventivo combinado e prolonga a vida do dente.

- Pouco desconforto é sentido com esta abordagem, portanto reduzindo, ao mínimo, a necessidade de anestesia local.

- A ansiedade, frequentemente, encontrados com os procedimentos restauradores tradicionais, não é induzida.

- São usados apenas instrumentos manuais facilmente disponíveis e com custo reduzido ao invés do equipamento odontológico movido a eletricidade.
- O controle da infecção é direto e simples são usados poucos instrumentais, isto é, não há necessidade de peças de mão sequencialmente autoclavadas.
- Há alto nível de sobrevivência das restaurações ART de uma face após 3 anos colocadas usando ionômero de vidro condensável.
- A grande vantagem desses materiais é a liberação de flúor constantemente, mantendo baixas concentrações de flúor no meio bucal controlando a cárie, independentemente do auto uso de flúor pelos indivíduos, por exemplo, na forma de dentifício fluoretado (BRASIL, 2009).

E como limitações têm-se:

- Ainda não há dados disponíveis sobre a durabilidade das restaurações ART ao longo prazo.
- Atualmente, é recomendada a abordagem restrita a restauração de uma face e dentes permanentes, no mínimo até que os estudos em lesões oclusoproximais e dentes decíduos se completem.
- Menor retenção e qualidade estética parecem ser as principais desvantagens desses materiais liberadores de fluoreto em comparação com os resinosos convencionais (BRASIL, 2009).

A Guia de recomendações para o uso de fluoretos do Brasil (2009) assegura que o fluoreto (F) vem sendo utilizado como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária. Desse modo, o F consiste em um importante elemento estratégico nos sistemas de prevenção da cárie dentária, quando corretamente aplicado. A múltipla exposição aos fluoretos implica maior risco de

desenvolvimento da fluorose dentária, em diferentes graus, e, portanto, requer a adoção de práticas de uso seguro, consciente e parcimonioso.

O objetivo final de todos os meios de utilização de F, sejam direcionados a populações ou indivíduos, é a manutenção do íon flúor na cavidade bucal, para interferir no desenvolvimento da cárie dentária (CURY; TENUTA, 2008).

Todos os métodos preventivos baseados na utilização de F promovem aumento de sua concentração na cavidade bucal para interferir no processo de des e remineralização, independentemente da forma de utilização, seja sistêmica, seja tópica nada impede que um indivíduo obtenha F por meios coletivos e individuais. Essa associação de meios, também conhecida como “associação de métodos”, é positiva desde que se leve em conta o imperativo de jamais associar dois métodos cujo modo de aplicação seja sistêmico (água e sal de cozinha, por exemplo) (BRASIL, 2009).

Um dos métodos mais eficaz é a fluoretação das águas de abastecimento público como medida de mais alta prioridade para prevenção e controle da cárie dentária. Tem custo baixo e é indicada para toda população, mas seu teor inadequado tem implicações éticas. O Valor Máximo Permitido (VMP) de fluoreto é 1,5 ppm, ou seja, 1,5 mg de fluoreto por litro de água (BRASIL, 2009).

No guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil (2009), recomenda-se que, na ausência de água fluoretada, recomenda-se o uso regular de dentifrício fluoretado em conjunto com uma forma de uso tópico (bochecho, gel ou verniz). Dentifrício fluoretado é considerado um dos métodos mais racionais de prevenção das cáries, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor. Sua utilização tem sido considerada responsável pela diminuição nos índices de cárie observados hoje em todo mundo, mesmo em países ou regiões que não possuem água fluoretada. A concentração de flúor adicionada aos dentifrícios, usualmente em torno de 1.100 ou 1.500 ppm, tem, comprovadamente, efeito sobre a prevalência e gravidade da cárie em populações.

Sobre a técnica da escovação dental supervisionada, o Ministério da Saúde do Brasil refere que em várias localidades é realizada, na modalidade “escovação dental supervisionada indireta”, diária ou semanalmente, por exemplo, em escolas e creches, envolvendo, na condução da atividade, por meio de iniciativas intersetoriais, a participação de trabalhadores responsáveis pelo desenvolvimento e educação infantil. Em outros contextos, tais ações têm periodicidade quinzenal ou mensal. Toda a população, em especial crianças menores

de nove anos de idade, deve usar em pequenas quantidades (cerca de 0,3 gramas, equivalente a um grão de arroz), devido ao risco de fluorose dentária. Dentifrícios com baixa concentração de fluoretos ou não fluoretados não são recomendados (BRASIL, 2009).

O gel de fúor-fosfato acidulado (FFA) com concentração de 1,23% de fluoreto em ácido ortofosfórico a 0,1 M durante quatro minutos. O tempo de aplicação de quatro minutos e as recomendações de não beber água ou comer por até 30 minutos após a aplicação. Como método populacional, recomenda-se aplicação semestral ou quadrimestral (PINTO, 2001).

Embora a necessidade de profilaxia prévia para a aplicação parece não ser relevante, essa deve ser considerada para grupos de alto risco de cárie, possibilitando a formação de reservatórios de F na superfície dental, e não só na placa dental (BRASIL, 2009). Assim, um programa de prevenção com base na aplicação de flúor profissional, incluindo a frequência de reaplicação e os grupos de risco a serem incluídos, deve pensar na disponibilidade de profissionais e na quantidade de recursos materiais disponíveis (TENUTA; CURY, 2010)

As pesquisas sobre o diamino fluoreto de prata (DFP) são tão antigas quanto os estudos sobre cárie dentária. Estas se iniciaram no Japão, com intuito de criar uma substância que combatesse efetivamente a alta incidência de cárie dentária em crianças desse país. O DFP, conhecido também como solução cariostática, apresenta em sua composição hidróxido de amônia, nitrato de prata, hidróxido de cálcio, ácido fluorídrico e solvente (DITTERICH et al., 2006).

A aplicação de DFP é eficiente tanto na paralisação quanto na prevenção da cárie dentária nas dentições decídua e permanente (SANTOS; MARQUES; PENTAGNA, 2008).

A aplicação clínica do diamino fluoreto de prata apresenta algumas desvantagens, segundo Guedes-Pinto e Issáo (1999) como escurecimento, em função de terem um poder de pigmentação alto pela precipitação da prata e em concentrações altas, podem causar irritação pulpar. Deve-se ressaltar que o aspecto antiestético não tem grande significado, considerando que a criança tem sua sensibilidade diminuída e a doença controlada.

Várias propriedades foram atribuídas ao DFP, entre elas: tornar o esmalte dental mais resistente, inibir a formação de placa, diminuir a produção ácida dos microorganismos na dentina cariada, reduzir a população de *Streptococcus mutans* e obliterar os canalículos dentinários expostos, estabelecendo uma ação cariostática e impedindo o desenvolvimento de cárie (GUEDES-PINTO; ISSÁO, 1999).

Mas entre todas as indicações mencionadas, a realmente importante é a aplicação do DFP com o objetivo de paralisar as lesões de cárie agudas em crianças, principalmente nos primeiros anos de vida. Na fase de adequação do meio bucal esse produto permite interromper o processo carioso, reduzindo a atividade bacteriana enquanto se promove a mudança dos hábitos inadequados (dietéticos e de higiene) que contribuíram para a instalação da doença (DITTERICH et al., 2006).

Não há especificação quanto ao número de aplicações necessárias. Entretanto, em função dos possíveis efeitos pulpares, recomenda-se que a solução seja diluída de 2 a 3 vezes quando utilizada em cavidades muito profundas (MONTANDON; SPERANÇA, 2000; DITTERICH et al., 2006). Pesquisou-se também a quantidade de aplicações necessárias para maximizar a eficácia do produto. Após 3 anos, houve uma expressiva ação cariostática, principalmente no grupo que recebeu aplicações trimestrais. Além disso, esse grupo apresentou uma menor incidência de cárie nos primeiros molares permanentes (SANTOS; MARQUES; PENTAGNA, 2008).

Para melhor eficácia no tratamento as reaplicações devem ser feitas trimestralmente, maximizando assim a ação cariostática da solução e todos os cuidados deverão ser tomado no momento da aplicação. Além disso, o controle do processo carioso deve ser realizado de seis em seis meses (MASSAO et al., 1998; ROCHA et al., 1999 apud DITTERICH, 2006).

## 5. METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: UMA PROPOSTA

A proposta se refere à ilha do Maio, com 8.132 mil habitantes no total, especificamente na vila do Porto Inglês, centro urbano, com total de 2.664 mil habitantes (CABO VERDE, 2009). Com relação à assistência odontológica esta é prestada em um consultório odontológico privado, que atende quizenalmente, e um hospital público, que realizam apenas exodontias.

Cabo Verde não possui água fluoreta, a não ser a fluoretação natural. A água do mar passa pelo processo de dessalinização onde são retirados os sais e outros minerais da água incluindo o flúor para poder ser consumido. Estudo feito por CURY (2007), em Cabo Verde, nas ilhas São Vicente e São Antão, mostra que existe uma concentração menor que 0,7mg F/L sendo 0,6 e 0,8 mg F/L, considerados respectivamente como valores mínimo e máximo, para cidades com média das temperaturas máximas diárias de 26,8 a 32,5°C de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.

O objetivo é iniciar o trabalho na ilha do Maio, com os alunos do 1º, 2º e 3º ano na escola Polivalente, Polo um, na Vila do Porto Inglês, atuando na atenção a saúde bucal desses escolares de 6 a 9 anos nas escolas públicas fazendo levantamento das condições da saúde bucal e promovendo ações de Promoção de saúde no sentido de melhorar a realidade local.

A escolha da execução do projeto para melhorias das condições de saúde bucal em escolares da ilha do Maio foi exatamente a necessidade, no geral, de ações de promoção e prevenção de saúde bucal nos escolares em qualquer outra faixa etária, constatado também pela delegacia de educação do Maio. Pelo fato da saúde bucal revelar-se um problema importante de saúde pública e que afeta quase todos os grupos etários e camadas sociais e principalmente as crianças em idade escolar. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1995), a Promoção da Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental.

O desenvolvimento de habilidades pessoais se viabiliza mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

Garcia (1998) identificou quatro tendências de ações: ações curativas e preventivas com práticas educativas, ações preventivas com

bochechos fluoretados e práticas educativas pontuais, práticas educativas com o foco na informação e no uso de recursos mobilizadores, e prevenção e práticas educativas de conscientização.

O presente trabalho propõe-se a elaboração de um projeto de intervenção, tendo como público alvo os escolares pertencentes ao ensino básico na Escola Polivalente da Vila do Maio, turmas de 1º, 2º e 3º ano.

As condições de emprego, renda, moradia, educação e segurança, entre outras coisas, que facilitam ou dificultam a obtenção de graus satisfatórios de saúde e bem-estar pelas pessoas e comunidades. A importância de quem trabalha diariamente e diretamente com os alunos, ou seja, o educador. Na integração da equipe de profissionais de saúde na escola; a escola deve interagir e articular estratégias de promoção à saúde com essa equipe. Então os professores e alunos podem colaborar com a educação em saúde, pelo fato de seu constante convívio com escolares favorecer o desenvolvimento de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal agindo, assim, como parceiros nas ações e a necessidade dos professores serem capacitados a promoverem a própria saúde bucal e também a das crianças que estão sob seus cuidados no ambiente escolar (FERREIRA et al, 2005; PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004, LEONELLO; L'ABBATE 2006,VELLOZO et al., 2008).

## 5.1 ETAPAS DA INTERVENÇÃO

As etapas de intervenção são apresentadas esquematicamente no Quadro 1.



**Quadro 1 – Descrição das etapas da intervenção: Objetivo, Público, Estratégias e Referencial Teórico.**

<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Público</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Referencial teórico</b>
<b>Primeira</b>	Informar e sensibilizar para o desenvolvimento do projeto	Delegacia de Educação Professores	Reunião programada pela Delegacia de Educação	Ferreira et al, 2005 Pauleto; Pereira; Cyrino, 2004 Leonello; L'abbate 2006 Vellozo et al. 2008 Ottawa 1986.
<b>Segunda</b>	Discutir o projeto e apresentar os principais objetivos	Professores	Encontro com professores Conversas interativas Compartilhamento e registro dos conhecimentos prévios e experiências vividas	Silveira Filho, 2002 Sheiham; Moyses, 1999 Paulo Freire, 1979
<b>Terceira</b>	Sensibilizar e motivar para apoio ao projeto com e seu impacto positivo no dia a dia das crianças e professoras  Solicitar autorização e kit de higiene dental	Pais e responsáveis	Encontro com os pais e responsáveis promovido pelos professores Conversas interativas Compartilhamento do significado da saúde bucal e	Brasil, 2009 Castro et al., 2012

			experiências vividas Formulário de autorização	
<b>Quarta</b>	Sensibilizar e motivar para as ações de educação em saúde bucal Realizar escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor gel	Professores e alunos	Discussão Temática sobre Processo saúde-doença bucal	Pauleto, Pereira Cyrino, 2004
			Discussão Temática <i>Saúde bucal e hábitos alimentares</i> Atividades Interativas e Lúdicas	Pinto, 2010 Frazão; Narvai, 2001
			Discussão Temática <i>Saúde Bucal e a importância da higiene bucal</i>	Castro et al, 2012 Paulo Freire, 1979
			Demonstração em macromodelo Utilização de revelador de placa Escovação supervisionada Aplicação tópica de flúor gel	Figueira; Leite. 2008 Ditterich, et al., 2007 Brasil, 2009 Tenuta, Cury, 2010
<b>Quinta</b>	Realizar exame clínico para avaliação da condição bucal para classificação em grupos de intervenção	Crianças sem atividade da doença - sem lesão	Aplicação de flúor gel - uma sessão	Brasil, 2009 Cury; Tenuta 2008 Pinto, 2010

		de cárie cavitada			
		Crianças com atividade da doença - com lesão de cárie cavitada		- Aplicação de flúor gel com intervalo semanal - 4 sessões - ART e/ou aplicação de cariostático DFP e/ou um comunicado aos responsáveis.	Brasil, 2009; Cury; Tenuta, 2008; Frencken e Holmgren, 2001 Guedes-Pinto e Issáo, 1999
<b>Sexta</b>	Intervir clinicamente		Adequar o meio bucal	ART	Frencken e homegren, 2001; Brasil, 2009; Wambier; Paganini, Locatelli, 2003
			Paralisar a doença cárie	Diamino Flureto de prata	Guedes-Pinto e Issáo, 1999; Ditterich et al., 2006

<b>Sétima</b>	Reforçar os conceitos compartilhados Avaliar as ações: processo e resultados	Pais e responsáveis Professores e alunos	Conversas interativas e registro das percepções Questionários Dramatização Atividades pedagógicas realizadas em sala	Paul Freire, 2001 Garcia; Corona; Valsecki, 1998 Castro et al, 2012 Rebello et al, 2001
---------------	---	---	---	--

**Primeira etapa** trata-se da solicitação à Delegacia de Educação uma reunião com os professores da Escola especialmente os das turmas onde serão desenvolvidas as atividades objetivando informá-los a respeito da iniciativa e sensibilizá-los quanto ao planejamento e execução das ações.

**Segunda etapa**, no primeiro contacto com os professores, será uma apresentação do projeto e dos principais objetivos. Através de conversas interativas e uma breve apresentação de vídeos ilustrando o projeto e as etapas do mesmo de modo que avaliem a necessidade do projeto e até mesmo os conhecimentos prévios e experiência deles no que se refere à saúde bucal. Serão avaliados também com questionários de caráter respostas abertas e fechadas, diria uma de guia de aproximação.

**Terceira etapa**, com auxílio dos professores, será promovido um encontro com os pais e responsáveis para apresentar e discutir a proposta, bem como as ações que serão realizados e os objetivos das mesmas, através de conversas interativas, compartilhamento do significado da saúde bucal e experiências vividas. Nesta oportunidade, solicita-se aos mesmos um formulário de autorização por escrito para participação das crianças e a necessidade de cada criança ter um kit de higiene bucal contendo creme dental, escova e copo plástico. O objetivo é trabalhar com ações que repercutam diretamente no dia a dia das crianças e professores no ambiente escolar.

A previsão de duração destes encontros será de uma hora no local e horário a ser determinado pela Delegacia de Ensino.

**Quarta etapa** será fundamentada a partir de temas propostos para discussão junto dos professores:

- *Processo saúde-doença bucal*: As metodologias escolhidas serão aquelas que estimulem os sentidos visual e auditivo. O objetivo é que se apresentem e discutam elementos sobre os processos saúde-doença bucal, principalmente cárie e doença periodontal (PAULETO, PEREIRA; CYRINO, 2004).

- *Saúde bucal e hábitos alimentares*: Os hábitos alimentares da criança dependem dos hábitos familiares, sendo que esta ingere aquilo que é oferecido pelos seus responsáveis. Dessa maneira, é muito importante que a introdução dos alimentos seja realizada de maneira saudável, para que este não cause nenhum dano à saúde, incluindo aqui na saúde bucal. Os pais ou responsáveis devem ser orientados no sentido de estabelecer hábitos mais saudáveis na alimentação da criança (PINTO 2010). Objetiva-se também esclarecer sobre a conexão que existe entre a ingestão desequilibrada de açúcar, a presença de placa bacteriana e o

desenvolvimento da doença cárie (PINTO, 2010), através de figuras para avaliar sua percepção em relação a fatores que fossem positivos à sua higiene e dieta. Com figuras dos principais recursos de higiene (escova de dente, creme dental e fio dental) e de alimentos saudáveis (ANTUNES, ANTUNES & CORVINO, 2008).

- *Saúde Bucal e a importância da higiene bucal*: Atualmente as atividades desenvolvidas pelas técnicas de higiene dental nas escolas se concentram basicamente na realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel (FIGUEIRA; LEITE 2008). A escovação é a principal linha de frente de defesa contra o biofilme dental e a gengivite, assim como, é a forma mais amplamente usada e socialmente aceita de higiene bucal. O uso de dentífrico durante as escovações é importante por ser um veículo de flúor aplicado diariamente sobre as superfícies dentais e também por ser cientificamente comprovado a sua importância na redução das cáries dentais (DITTERICH, et al., 2007). Dentífrico fluoretado é considerado um dos métodos mais racionais de prevenção das cáries, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor (BRASIL, 2009). Para sensibilizar e motivar as crianças sobre a temática serão realizadas atividades lúdicas, interativas e participativas. As crianças conhecem o mundo que a rodeia, constroem significados, assimilam os papéis sociais, o entendimento das relações afetivas e a construção do conhecimento por meio de jogos, brincadeiras, teatro e arte (fantoche e modelo) que proporcionam momentos de vivência, troca de experiências, a criação de conflitos, a ressignificação do que vivem e do que sentem (FRAZÃO; NARVAI, 2001).

Os recursos educativos que podem ser utilizados nas abordagens dos programas como modelos e macromodelos, folhetos explicativos, palestras e recursos audiovisuais, pôsteres, banners, vídeos, livros e revistas específicos. Também, recursos mais abrangentes, como: discussão e/ou discussão e re-escrita de leitura autoinstrutiva, fantoches, álbuns seriados, palestras com pais e responsáveis, aplicação de questionários, uso de robôs, sorriso e peças teatrais, jogos pedagógicos (gincana e competição), oficina pedagógica, atividades lúdicas (CASTRO et al, 2012). Outro ponto importante para Rebello et al. (2001) é o uso de atividades lúdico-pedagógicas como facilitadores desse processo, ocupando papel de destaque na educação, principalmente para crianças e adolescentes. O uso dessas atividades pode ser aproveitado para ensinar diversos conteúdos, transformar tarefas cansativas e tidas como desagradáveis em lazer e promover um aprendizado rápido.

Será realizada escovação supervisionada com evidenciador de placa, aplicando um evidenciador de placa bacteriana a fim de demonstrar placa ou massa branca aderida à superfície dos dentes. Em seguida, estimular a remoção da placa bacteriana com uso de escova e dentifício (FRAZÃO; NARVAI, 2001). Será feito com demonstração em macromodelo.

As etapas seguintes serão desenvolvidas com as crianças:

**Quinta etapa:** Será realizado após escovação dentária supervisionada e aplicação tópica de flúor gel (anexo B), nas crianças em que os responsáveis autorizarem a intervenção, um exame clínico para avaliação da condição bucal e separando-os em dois grupos.

✓ Crianças sem atividade de doença cárie “sem lesão cavitada”: receberão uma aplicação de flúor gel.

✓ Crianças com atividade da doença “com lesão cavitada” que serão distribuídas de acordo com as necessidades: quatro sessões de flúor gel com intervalo semanal; indicação para restauração pela técnica ART e/ou aplicação de cariostático DFP e /ou um comunicado aos responsáveis pela criança sobre a necessidade de outros cuidados mais invasivo que demandem atendimento clínico odontológico.

Para executar a técnica ART é necessário um preparo do ambiente de trabalho (2001): preparo da cavidade bucal e o operador; organização dos instrumentos odontológicos; dos materiais restauradores; materiais de consumo importantes e fontes de iluminação. Os instrumentais necessários para estar na mesa de maneira lógica e ordenada para economizar o tempo: esterilização dos materiais, espelho-odontoscópio, sonda exploradora, pinça, curetas dentinárias; machado dental; espátula de inserção/esculpidor; bloco de espatulação; matriz metálica e tira de plástico; caneca/copo; rolos de algodão; bolinhas de algodão; vaselina e cunha de madeira. Para restaurar cavidades de uma face será adaptada a técnica recomendada para ART, de Frencken e Holmgren (2001), e a técnica descrita por Guedes-Pinto e Issáo (1999) para a aplicação de carostático DFP descritas no Anexo B.

**Sexta etapa:** A recuperação da saúde bucal (intervenção clínica) será fundamentada no tratamento restaurador atraumático, conhecido pela sigla do inglês ART, envolve restaurações atraumáticas e nos procedimentos educativo-preventivos. Essa técnica é aplicável tanto na clínica odontológica quanto em situações de campo. O ART é

fundamentado na escavação das lesões de cárie com instrumentos manuais seguida da restauração com material restaurador adesivo e está indicado para os dentes decíduos e para os dentes permanentes. A grande vantagem desses materiais é a liberação de F constantemente, mantendo baixas concentrações de F no meio bucal controlando a cárie, independentemente do auto-uso de F pelos indivíduos, por exemplo, na forma de dentifrício fluoretado.

A aplicação de diamino fluoreto de prata é eficiente tanto na paralisação quanto na prevenção da cárie dentária nas dentições decídua e permanente e a aplicação do diamino fluoreto de prata, com o objetivo de paralisar as lesões de cárie agudas em crianças, principalmente nos primeiros anos de vida. Na fase de adequação do meio bucal esse produto permite interromper o processo cariioso, reduzindo a atividade bacteriana.

Na **sétima etapa** será feito um encontro com professores para avaliação das atividades. Ao final das etapas de intervenção as crianças juntamente com professores, reúnem-se para uma dramatização e atividade pedagógicas em sala. Haverá também aplicação de um questionário para avaliação e registros das percepções dos professores sobre as ações desenvolvidas, aplicados também a pais e responsáveis.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivar as pessoas para o cuidado à saúde bucal sempre representou desafio para a Odontologia. O reforço da importância da manutenção de hábitos saudáveis, como a higiene bucal, principalmente durante a infância e no ambiente escolar, tem se demonstrado uma boa estratégia para valorização do cuidado à saúde bucal, o que pode impactar positivamente nas condições de saúde bucal ao longo da vida.

A escola ainda é um ótimo espaço para promover a saúde. Nessa idade as crianças merecem uma atenção especial dos educadores, incluindo os familiares, para orientá-los, por meio da integração do profissional da saúde bucal no contexto escolar.

O projeto aqui apresentado busca promover saúde no ambiente escolar, incentivando o cuidado à saúde bucal e motivando aptidões por hábitos saudáveis. Estima-se como proposta viável, possível de ser executada devido ao fato de ser simples, de fácil execução e de custo reduzido, além de promover maior interação do profissional cirurgião-dentista com a comunidade escolar, considerando o cenário da Ilha de Maio, Cabo Verde, seus limites e possibilidades.

Almeja-se uma transformação social, por meio da promoção do cuidado à saúde bucal das crianças. Vislumbra-se a criação de um espaço para compartilhar e refletir junto com a comunidade escolar, a experiência da autora, vivida no Brasil, durante o curso de graduação em Odontologia, a qual foi a grande inspiração, por meio da aplicação dos conhecimentos adquiridos no contexto social, econômico e cultural seu país.

## REFERÊNCIAS

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

AKERMAN; MENDES; BOGUS. É possível avaliar um princípio ético? **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], vol. 9, n. 3, p. 605-15, 2004.

ANTUNES, L.S.; ANTUNES L.A.A.; CORVINO M.P.F. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S.l.], 20(1):52-9, jan-abr, 2008.

BAPTISTA, Marcelo. Estudo do Homem. As ilhas de Cabo Verde: Alguns aspectos da realidade. **Revista Olhar**, [S.l.], n. 7, p. 80-86, jul-dez, 2003.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida- Ciência e Saúde Coletiva. **Abrasco**, [S.l.], vol. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BYDŁOWSKI C.R. et al. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, [S.l.], vol. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Seção II da Saúde. Disponível** em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao\\_saude\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf). Acesso em 02 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Declarações das conferências de Promoção da Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsväl, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção à Saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, 2004.

BRASIL. Saúde da Família. **Programa de saúde na escola**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/programa\\_saude\\_na\\_escola.php](http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php). Acesso em 10 de junho de 2012.

BEZERRA, et al. **Promoção de saúde bucal**. In: KRIGER. L. ABOPREV: 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009.

CABO VERDE. **Instituto Nacional de Estatística**. Característica Sócio Demográfica, 2001.

CABO VERDE. **Instituto Nacional de Estatística**. Características Econômicas da População – RGPH 2000 de Cabo Verde, 2001.

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Relatório Estatístico, 2009.

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Política Nacional De Saúde, Praia, 2007.

CABO VERDE. **Instituto Nacional de Estatística**. Perfil Demográfico, Sócio Econômico e Sanitário de Cabo Verde, 2003.

CABO VERDE. **Instituto Nacional de Estatística**. Migrações, 2000.

CABO VERDE. **Os Principais Indicadores da Educação**. Praia, Agosto, 2005.

CABO VERDE. **Jornal A semana**. Disponível: <http://asemana.publ.cv/spip.php?article80992&ak=1>. Acesso em 23 de outubro de 2012.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**; Ottawa, Canadá, novembro, 1986.

CARTA DE OTTAWA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Disponível em [http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_frame.asp?cod\\_noticia=202](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=202) : 09 de junho de 2012.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM MUNDO GLOBALIZADO. **Sexta Conferencia Global de Promoção da Saúde**, Bangkok, Tailândia, Agosto, 2005.

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. How drinking water or dentifrice maintain a cariostatic fluoride concentration in the oral environment. **Advances in Dental Research** [S.l.], v. 20, p. 13-16, 2008.

CASTRO, C.O, et al. Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.1, n.1, p.51-56, jan./mar., 2012.

CABO VERDE. Embaixada da República de Cabo Verde no Brasil. Disponível em [http://www.embcv.org.br/portal/modules/mastop\\_publish/?tac=Hino](http://www.embcv.org.br/portal/modules/mastop_publish/?tac=Hino): 12 de dezembro de 2012.

DIAS, A. A. **Saúde bucal coletiva**: Metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006.

DITTERICH, R.G et al. Higiene bucal e motivação no controle do biofilme dental. **Odontologia. Clín.Científ.**, Recife, v. 6, n.2, p. 123 - 128, abr/jun., 2007.

DITTERICH, R. G. et al. Diamino Fluoreto de Prata: uma revisão de literatura. **Biol. Saúde**. Ponta Grossa, v. 12, n. 2, p. 45-52, jun. 2006.

DITMYER, M. et al. A case-control study of determinants for high and low dental caries prevalence in Nevada youth. **BMC Oral Health**, v. 10, n. 24, 2010. Disponível em: <http://biomedcentral/content/pdf/1472-6831-10-24.pdf>: Acesso em 10 de jun. 2012.

FERNANDEZ, J.C; et al. Promoção da Saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v.17, p. 153-163, 2008.

FERREIRA, J. M. S. et al. Conhecimento de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal. **Interface Comunic Saúde Educ**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 381-388, mar./ago. 2005.

FERREIRA, J. M. S. et al. The knowledge of oral health of undergraduate students of Pedagogy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v.9, n.17, p.381-8, mar/ago 2005.

FIGUEIRA, T.R.; LEITE, I.C.G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO**. Porto Alegre, v. 56, n.1, p.27-32, jan/mar 2008.

FREIRE, P. Carta de Paulo Freire aos professores. Estudos Avançados. **Dossiê Educação, Educação Básica**, [S.l.], v.15, n.42, p.264, 2001.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: **Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Cortez & Moraes, São Paulo, 1979.

\_\_\_\_\_. Conscientização: teoria e prática da libertação – **uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3.ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FRAZÃO P.; NARVAI, P.C. Promoção de saúde bucal em escolas. In: **Araújo, M.E.** Apostila da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva Manual do aluno. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001. p. 21-28.

FRENCKEN, J. E.; HOLMGREN, C. J. **Tratamento restaurador atraumático para a cárie dentária**. São Paulo: Santos, 2001. 106 p.

GARCIA, P.N.S.; CORONA, S.A.M.; VALSECKI J.R. A Educação e motivação: Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v.9, n 2, p.393-403,1998.

GONÇALVES, F. D. et al. A Promoção da Saúde na educação infantil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

GUEDES-PINTO, A. C.; ISSÁO, M. **Manual de Odontopediatria**. 10. ed. São Paulo: Pancast, 1999. p.184-185.

JURGENSEN, N.; PETERSEN, P. E. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. **BMC Oral Health**, [S.l.], v. 9, p. 29, 2009.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em PEDAGOGIA. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.10, n.19, p.149-66, 2006.

MACIEL, E.L.N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p. 389-396, 2010.

MENDES, E. V. **Promoção da Saúde no limiar do século XXI**. Sanare. 3 (1), pp. 83-87, 2002.

MONTANDON, E. M.; SPERANÇA, P. A. Estudo comparativo in vitro da atividade antimicrobiana de agentes cariostáticos à base de Diamino fluoreto de prata. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, [S.l.], v. 3, n.16, p. 465-474, nov./dez. 2000.

MOYSÉS, S.J. Inequalities in oral health and oral health promotion. **Braz Oral Res.**, (São Paulo) 2012;26, (Spec. Iss 1):86-93.

NARVAI, P.C; et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], p. 19:385-93, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1986.

OLIVEIRA, Lucia Dora. A 'nova' saúde pública e a Promoção da Saúde via educação. **Rev Latino-am Enfermagem**, USP, n. 13(3), p. 423-431, mai./jun. 2005

PAULETO, A. R. C. et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de janeiro, RJ, v.9, n.1, p. 121-130, 2004.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2001.

PINTO, V.G. **Odontopediatria**. 3 ed. São Paulo, Ed. Santos, São Paulo, 2010.

PAULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciê. Saúde Colet.**, [S.l.], v.9, n. 1, p 121-130, 2004.

Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2010: Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 09 de junho de 2012.

REIBNITZ, KS; PRADO ML. **Apostila de metodologia da pesquisa – Trabalho de Conclusão de Curso**. Curso de especialização em Saúde da Família. UNASUS-UFSC, 2010. 60p.

REBELLO S. et al. Student views on drugs in the use of an educational game. **Interface - Comunic Saúde Educ**, [S.l.], v. 5 n. 8, p. 75-88, 2001.

SUTHERLAND, R.W; FULTON M.J. Health promotion. *In* Sutherland & Fulton. **Health Care in Canada**. CPHA, Ottawa, pg. 161-181, 1992.

SAVIANI, D. **Escola e a democracia**. São Paulo: Cortez, 1984.  
SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SANTOS, P. A; RODRIGUES, J.A; GARCIA, P.P.N.S. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, [S.l.], v.6, n.33, p.389-397, 2003.

SILVEIRA FILHO, A.D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Disponível: [http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A\\_SB\\_no\\_PSF.pdf](http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf). Acesso em: 08 julho de 2012.

SMEDLEY, BD; SYME, SL. Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research. **Am J Health Promot**. 2001 Jan-Feb;15 (3):149-66.

SILVA A.N.; MENDONÇA, M. H. M.; VETTORE, M. V. A salutogenic approach to oral health promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 4:S521-S530, 2008.

SHEIHAM, A; MOYSÉS, S. J. O papel da equipe de saúde bucal na Promoção da Saúde. *In*: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde na clínica odontológica**. São Paulo, Artes Médicas, EAP, APCD, 360 p. 1999.

TOUGER-DECKER, R. Nutrition for oral and dental health. *In* MAHAN, L.K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy**. 11.ed. Philadelphia: Saunders, cap. 28, p. 667-683, 2004.

TENUTA, LM; CURY, JA. Fluoride: its role in dentistry. **Brazilian Oral Research**. 2010; 24 Suppl 1:9-17.

VARELA, A.T. **Relatório das atividades educacionais da Ilha de Maio**. Arquivo pessoal. Jul. 2011.

VELOZZO, R.D. et al. Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Profissionais do Ensino Fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin**. João Pessoa, v.8, n.2, p153-158, maio./ago.2008.

WAMBIER, D.S.; PAGANINI , F.; LOCATELLI, F.A. Tratamento restaurador atraumático. Estudo da sua aplicabilidade em escolares de Tangará/SC. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. [S.l.], v. 3, n. 2, p. 9-13, Jul-Dez., 2003.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WEYNE,S.C; HARARI, S.G; BARATIERI, L.N. Cariologia: implicações e aplicações 2. clínicas. *In*: (editor). **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Editora Santos, p.3-26, 2000.

WATT, RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 1, p. 1-11. Fev. 2007.



WATT, RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bull World Health Organ.** V. 83, n. 9, p. 711-8. sep. 2005.

APÊNDICE A – HISTÓRICO INTERNACIONAL DE REFERENCIAIS TEÓRICO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE.

<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Documento</b>	<b>Idéia central</b>
1974	Canadá	Informe Lalonde:	O moderno movimento de promoção da saúde, divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians” motivado pela política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde. Primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde.
1978	URSS	Declaração de Alma-Ata	O Informe Lalonde influenciou as políticas sanitárias de outros países como da Inglaterra e Estados Unidos e estabeleceu as bases para a conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, com a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”.
1984	Toronto, Canadá	Conferência Beyond Health Care	A OMS/Europa produziu um documento preliminar contendo os elementos-chave da nova promoção à saúde, reforçando a noção da determinação social da saúde. Divulga as bases do movimento das cidades

			saudáveis.
1985	Europa	Health City Movement	A OMS divulga as 38 metas para a saúde na região europeia e, em 1986, torna público o documento, sendo que este discurso encontrará expressão no Canadá, com a divulgação do EPP Report, neste mesmo ano.
1986	Canadá	Carta de Ottawa I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde	Refere-se a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.
1988	Austrália	Declaração de Adelaide: II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde	Tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.
1991	Suécia	Declaração de Sundsvall: III Conferência	Propõe a ação de diversos segmentos da sociedade a se engajarem no

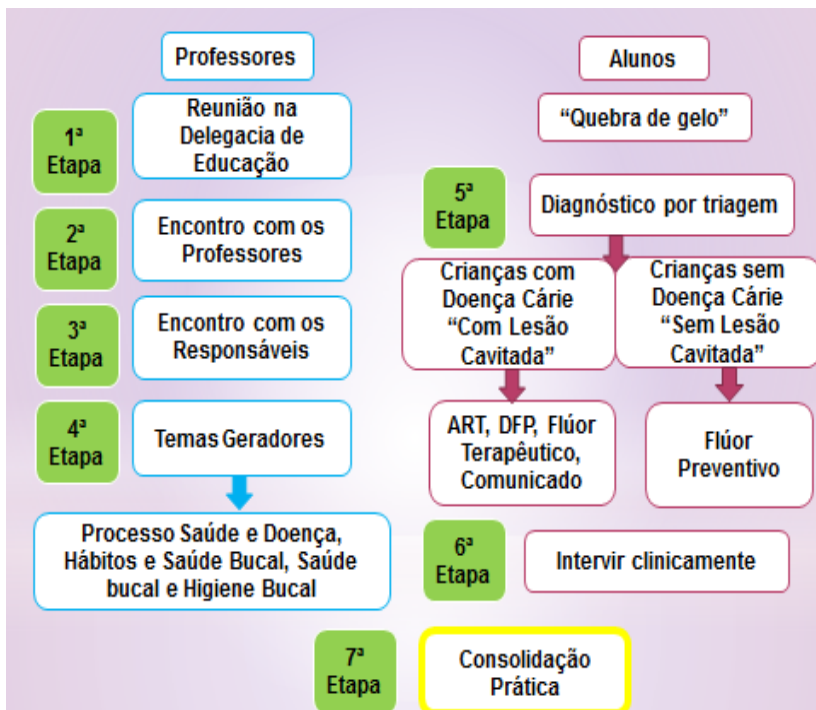
		Internacional sobre Promoção da Saúde	desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde. Reconhece, assim, que outros setores, oriundos das comunidades, dos governos, das ONGs e organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde.
1992	Santa-Fé de Bogotá	VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde	Evidencia estratégias para recriar a promoção à saúde na América Latina. Reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. Discute a transformação da cultura e do setor saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.
1993	Caribe	I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago)	Reforça a importância da promoção à saúde, propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento” das comunidades para alcançar o bem estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com

			os meios de comunicação.
1996	Canadá	Promoção à Saúde da População no Canadá - CPHA	Caracterizou-se como a emergência de um novo discurso na saúde, intitulado de “saúde da população”, o que iria substituir a nova promoção à saúde como eixo orientador das estratégias de promoção no Canadá.
1997	Indonésia	Declaração de Jacarta: IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Primeira a convidar representantes do setor privado. Resgata e atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.
1998	Genebra, Suíça	Rede de Megapaises para a Promoção da Saúde	Como meta, sugere: melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersectorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde.

2000	México	V Conferência Internacional de Promoção da Saúde	Reforça a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.
2005	Tailândia	Carta de Bangkok: VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde	Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática.

Fontes: Buss PM (2000); Heidmann et al (2006) e Ministério de saúde (2001).

## APÊNDICE B- ORGANOGRAMA DO PROJETO



## ANEXO A – Carta convite



### Delegação do Maio

CP 003 – Vila do Maio -Tel.(00238) 255 15 06, Fax: (00238)255 12 06

EX.MA SRA.

MILALITA TAVARES SILVA DONO

Nota/Ref. N° \_\_\_\_\_ DMED-M/2012, de 12 de Janeiro.

### Assunto: Convite para Desenvolver Projecto na ilha do Maio

Tendo tomado conhecimento de um Projecto que a Sra. Milalita Tavares Silva Dono, pretende desenvolver na área de Saúde Bucal das Crianças da ilha do Maio, vem o Ministério Educação e Desporto (MED), através da sua Delegação, manifestar todo o seu interesse no projecto, tendo em conta a sua importância na promoção e melhoria da qualidade de vida dos nossos alunos.

Assim, a nossa Delegação do MED, aproveita para formular um convite à Sra. Milalita Dono para se deslocar ao nosso concelho, colocando todos os meios logísticos à sua disposição, pois, entendemos que este projecto será uma mais-valia para uma profunda investigação e orientação no que tange a saúde nos alunos nas escolas da ilha do Maio.

Sem mais assunto, queira aceitar as nossas saudações pedagógicas.




---

Ano Lectivo 2011/2012 – “Juntos por uma Educação de Qualidade”



## **ANEXO B – Passo a passo para restaurar cavidades de uma face usando ART**

Passo a passo para restaurar cavidades de uma face usando ART segundo Frencken e Holmgren, (2001):

- 1 Preparo dos instrumentos e materiais antes do preparo cavitário
  - 2 Isolamento do campo operatório
  - 3 Exame do dente cavitado
  - 4 Acesso à lesão cariada
  - 5 Remoção da dentina cariada, amolecida e desmineralizada
  - 6 Condicionamento da cavidade e das fôssulas e fissuras adjacentes
  - 7 Manipulação do cimento do ionômero de vidro
  - 8 Restauração de cavidade e preenchimento das fôssulas e fissuras.
- 

### **Técnica de aplicação abaixo citada para aplicação de carostático DFP, segundo Guedes-Pinto e Issão (1999):**

1. Profilaxia com pedra-pomes e água;
  2. Remoção da dentina amolecida com curetas;
  3. Lavagem e secagem;
  4. Proteção dos tecidos moles com vaselina ou manteiga de cacau;
  5. Isolamento relativo e secagem do campo operatório;
  6. Aplicação com bolinha de algodão ou cotonete umedecido, por 3 minutos.
- 

### **Técnica de aplicação tópica de Gel flúor -fosfato acidulado (FFA) com concentração de 1,23%, segundo Guia de recomendações para o uso de fluoreto no Brasil ( 2009):**

1. Uma profilaxia prévia para a aplicação parece não ser relevante, essa deve ser considerada para grupos de alto risco de cárie
2. Podem ser usados em moldeiras ou através de escovação
3. O tempo de aplicação é de quatro minutos
4. Recomendações de não beber água ou comer por até 30 minutos após a aplicação.

5. Necessidade de supervisão, em especial quando aplicado com moldeiras e em crianças em idade pré escolar, devido ao risco de ingestão.

**ANEXO C – Hino de Cabo Verde****Cântico da liberdade**

Canta, irmão  
Canta, meu irmão  
Que a liberdade é hino  
E o homem a certeza.  
Com dignidade, enterra a semente  
No pó da ilha nua;  
No despenhadeiro da vida  
A esperança é do tamanho do mar  
Que nos abraça,  
Sentinela de mares e ventos  
Perseverantes  
Entre estrelas e o Atlântico  
Entoa o cântico da liberdade.  
Canta, irmão  
Canta, meu irmão  
Que a liberdade é hino  
E o homem a certeza!