



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

KARINE DA CRUZ DA SILVA FEITOSA

**IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NOS CUIDADOS
ODONTOLÓGICOS DA POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA**

Palmas, TO

2024

Karine da Cruz da Silva Feitosa

**IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NOS CUIDADOS
ODONTOLÓGICOS DA POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências e Saúde como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Peixoto Rodrigues Quaresma

Palmas, TO

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- F311i Feitosa, Karine da Cruz da Silva.
 Impacto da Educação em Saúde Bucal nos cuidados odontológicos da população rural brasileira. / Karine da Cruz da Silva Feitosa. – Palmas, TO, 2024.
 99 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2024.
 Orientador: Fernando Peixoto Rodrigues Quaresma
1. Educação em saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Educação em Saúde Bucal. 4. População Rural; I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

KARINE DA CRUZ DA SILVA FEITOSA

IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS DA POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins – TO. Foi avaliada para obtenção do título de mestre em Ensino em Ciências e Saúde, e aprovado em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora

Data de aprovação: 23/ 09 / 2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma - UFT (Orientador)

Prof. Dr. José Lauro Martins

Prof. Dr. Rennan Sallazar Ferreira Pereira (UFSJ-MG)

Dedico este trabalho à minha pequena Isabelle, luz da minha vida.

*“Valeu a pena?
Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar para além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu
Mas nele é que espelhou o céu.”*
(Fernando Pessoa, in Mensagem)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as oportunidades que Ele me permitiu nessa vida e por ter me dado força para suportar todas as adversidades durante essa trajetória.

Ao Prof. Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma, pela orientação acadêmica feita com extrema competência e sabedoria, por toda paciência e empatia que a mim demonstrou.

À minha mãe, que de tudo fez para me ver bem e viabilizar meus estudos.

À minha querida e perfeita filha, que trouxe mais amor, empatia, luz e alegria.

Ao Walyson, agradeço por todo o companheirismo durante nossos 11 anos vividos lado a lado e, apesar de não sermos mais parceiros de vida, não deixaria de expressar minha gratidão por todo o apoio.

À um jovem senhor que me ensinou a viver a vida de forma plena mesmo diante as adversidades.

Ao professor Maurício e professora Patrícia, sou imensamente grata por tudo o que fizeram por mim, permitindo que eu pudesse continuar nessa jornada.

Aos professores do PPG ECS por todas as orientações, em especial à Profa. Dra. Érika por coordenar esse programa com tamanha excelência.

Aos colegas de pós-graduação e a todos aqueles que me ajudaram de forma direta e indireta, minha eterna gratidão.

A todos que tiveram empatia e tolerância em meus momentos mais obscuros, durante a batalha contra meus monstros internos.

RESUMO

A promoção da saúde estimula a capacitação e autonomia do indivíduo sobre o seu processo saúde-doença, envolvendo ações com foco na mudança dos determinantes sociais da saúde. Quando se trata de saúde bucal, além de parâmetros como alimentação saudável, higiene e autocuidado com o corpo, também devem ser avaliadas as diferenças sociais e individualidades culturais, em especial quando localizados em ambientes distantes geograficamente, como zona rural. Trata-se de uma *scoping review* da literatura, em que foi empregado o protocolo elaborado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews*. Foi utilizado o software LibreOffice *writer* para formar o *corpus* textual, que posteriormente foi analisado com o auxílio do software IRaMuTeQ. Foram encontrados 1.011 estudos e cadastrados no software Mendeley. Seguiu-se com a identificação e exclusão dos 42 artigos duplicados entre as bases, restando 969 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 707 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão. Permaneceram na seleção 47 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes, 41 foram excluídos por não estarem disponíveis de forma integral ou não terem sido realizados no Brasil, assim como os estudos que não direcionados à população rural. A seleção final foi composta por 06 estudos, com abordagem de diferentes faixas etárias. Por meio dessa pesquisa, verificou-se a imensa lacuna existente em estudos voltadas para a educação em saúde bucal da população rural brasileira. Dessa forma, torna-se emergente a construção de pesquisas voltadas para esse público.

Palavras-chave/descriptores: Educação em saúde; Letramento em saúde; Saúde Bucal; Educação em Saúde Bucal; População Rural;

ABSTRACT

Health promotion encourages the individual's empowerment and autonomy over their health-disease process, involving actions focused on changing the social determinants of health. When it comes to oral health, in addition to parameters such as healthy eating, hygiene and self-care for the body, social differences and cultural individualities must also be evaluated, especially when located in geographically distant environments, such as rural areas. This is a scoping review of the literature, in which the protocol developed by the Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping reviews was used. The LibreOffice writer software was used to form the textual corpus, which was later analyzed with the help of the IRaMuTeQ software. 1,011 studies were found and registered in the Mendeley software. The 42 duplicate articles between the databases were identified and excluded, leaving 969 studies. After reading the titles and abstracts, 707 were excluded because they did not present elements that met the objective of this review. 47 articles remained in the selection, which were read in full. Of these, 41 were excluded because they were not available in full or had not been carried out in Brazil, as well as studies that were not aimed at the rural population. The final selection was made up of 6 studies, covering different age groups. Through this research, the immense gap in studies focused on oral health education for the Brazilian rural population was verified. In this way, the construction of research aimed at this audience becomes emerging.

Keywords/descriptors: Health education; Health literacy; Oral Health; Oral Health Education; Rural Population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esboço da coleta de dados	39
Figura 2 - Gráfico das recorrências das palavras com a frequência das formas.....	42
Figura 3 - Análise de especificidades e AFC	43
Figura 4 - Análise de Similitude	44
Figura 5 - Análise de similitude sem halos.....	45
Figura 6 - Nuvem de palavras dos termos relacionados à educação em saúde e serviços odontológicos em zona rural.....	46
Figura 7 - Análise estatística de termos encontrados nos artigos	47
Figura 8 - Esboço da coleta de dados	85
Figura 9 - Gráfico das recorrências das palavras com a frequência das formas.....	88
Figura 10 - Análise de especificidades e AFC	89
Figura 11 - Análise de Similitude	90
Figura 12 - Análise de similitude sem halos.....	91
Figura 13 - Nuvem de palavras dos termos relacionados à educação em saúde e serviços odontológicos em zona rural.....	92
Figura 14 - Análise estatística de termos encontrados nos artigos	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados.....	39
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão conforme estratégia PPC.....	31
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial por Correspondência
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-Dentista
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DHHS	Department of Health and Human Services
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
JBÍ	Joanna Briggs Institute
LS	Letramento em Saúde
LSB	Letramento em Saúde Bucal
MESH	Medline
OMS	Organização Mundial de Saúde
OHL	Oral Health Literacy
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Problema da Pesquisa/Pressuposto	20
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4 MÉTODOS	30
4.1 Tipo de pesquisa	30
4.2 Pergunta norteadora	30
4.3 Critérios	30
4.4 Estratégia de busca	32
4.5 Seleção de estudos nas fontes de evidência	33
4.6 Extração dos dados	33
4.7 Análise e apresentação dos dados	34
4.8 Aspectos Éticos	35
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
ANEXO A – ARTIGO 1	58
ANEXO B - Ficha scoping de revisão	72
ANEXO C – ARTIGO 2	79

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação faz parte da área de concentração “Ensino em Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde - PPG ECS, da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e foi desenvolvida na “Ensino em Saúde Coletiva: populações vulneráveis e ambiente saudável”. Foi desenvolvida e coordenada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Ensino em Saúde na Amazônia Legal – GEPESAL.

Inicialmente tratava-se de uma pesquisa voltada para escolares residentes de uma vila denominada Palmares 2, situada em Parauapebas, no Pará. O objetivo era avaliar o impacto de um programa de educação em saúde bucal nos cuidados de higiene oral do público alvo.

A escolha ocorreu por se tratar de uma realidade que possui, vivenciando com crianças de extrema carência e pouco conhecimento em relação aos cuidados bucais. Dessa forma, com o projeto de pesquisa seria possível identificar um possível método de transformar a realidade.

Contudo, a escola em que seria realizado o estudo não forneceu a documentação correta para envio ao Comitê de Ética e Pesquisa, postergando a entrega de tal forma que o prazo encurtado tornou a aplicação da pesquisa inexecutável.

O presente trabalho encontra-se organizado em seções e subseções, devidamente correlacionados com a **Seção 1**, Introdução, apresentou por meio de sua contextualização, o tema proposto nesse trabalho. Da mesma forma estabelecidos os resultados esperados por meio da definição de seus objetivos e apresentadas as limitações do trabalho permitindo uma visão clara do escopo proposto.

Seção 2: apresenta os objetivos do estudo, permitindo delimitar o escopo do estudo.

Seção 3: apresenta a fundamentação teórica, trazendo a perspectiva de estudiosos com pontos de vista sobre o tema estudado. Sendo organizada de acordo com as subseções:

Subseção 3.1: Educação em Saúde

Subseção 3.2: Saúde Bucal

Subseção 3.3: Educação em Saúde Bucal

Subseção 3.4: População Rural Brasileira

Seção 4: apresenta o método, considerando a relevância da utilização de métodos mistos para uma compreensão abrangente do fenômeno ora estudado. Dividido em nove subseções (tipo de pesquisa; local e período; participantes do estudo; critérios; instrumentos; variáveis; procedimentos para a coleta de dados; plano para análise de dados; aspectos éticos).

Exibem a organização, instrumentos utilizados, técnicas, processos empregados e questões éticas.

Seção 5: apresenta os resultados, permitindo trazer respostas diante dos objetivos propostos e problema do estudo.

Seção 6: apresenta a discussão, permitindo analisar e interpretar de forma crítica os resultados encontrados, considerando a unificação dos métodos.

Na **Seção 7**, são tecidas as considerações finais do trabalho, relacionando aos objetivos identificados inicialmente com os resultados alcançados. São ainda propostas possibilidades de continuação da pesquisa desenvolvida a partir das experiências adquiridas com a execução do trabalho e dados levantados, bem como as limitações encontradas no estudo.

Destaca-se nos apêndices os artigos escritos conforme normativas de revistas científicas: Impacto da educação em saúde bucal nos desfechos odontológicos de populações rurais no Brasil; Educação em saúde oral para crianças residentes de comunidades rurais: uma revisão integrativa.

1 INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados à saúde oral ainda são uma questão de grande relevância para a saúde pública, mesmo com o avanço de medidas de promoção à saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Mariño; Zaror, 2020).

A cárie não tratada em dentes decíduos afetou cerca de 9% da população global em 2010, ou seja, 621 milhões de pessoas em todo o mundo. Quando se trata de dentes permanentes, são encontrados resultados superiores, havendo presença de cárie não tratada em 2,4 bilhões de pessoas por todo o planeta (Kassebaum *et al.*, 2015).

Através de métodos preventivos que incentivam bons hábitos de higiene oral adequada e redução de ingestão de alimentos açucarados é possível controlar a doença. (Damle *et al.*, 2014; Sandhya *et al.*, 2015).

A saúde bucal é compreendida com base em um contexto biopsicossocial mais amplo, a fim de promover a saúde individual e coletiva. Dessa forma, a aplicação do modelo biomédico de acompanhamento do paciente odontológico, com foco apenas no tratamento restaurador ou reabilitador torna-se menos usual entre os profissionais da área (Mcgrath, 2019; Wade; Halligan, 2017).

Os países em desenvolvimento apresentam uma parcela de sua população em áreas com privação de rendimentos e de outros direitos sociais, como educação e cuidados de saúde (The World Bank, 2022). Tal fato aumenta a prevalência de adultos com dificuldades no reconhecimento de palavras, leitura, escrita, interpretação de documentos, análise quantitativa, habilidades de comunicação e conhecimento conceitual (Berkman *et al.*, 2011).

Segundo o Indicador de Analfabetismo Funcional, 29% das pessoas na faixa etária entre 15 e 64 anos possuem dificuldade ou incapacidade em realizar a leitura, escrita e numerácia em atividades cotidianas, como interpretar informações em panfletos (Ipm, 2018). Estas limitações prejudicam os níveis de Letramento em Saúde (LS) dos pacientes e, conseqüentemente, a sua adesão a estilos de vida saudáveis e o seu envolvimento no processo partilhado de tomada de decisão em saúde, prevenção e tratamento de doenças (Stacey *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2016; Friis *et al.*, 2016)

O LS é definido como o conhecimento, a motivação e as habilidades para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para julgar e decidir de forma adequada em situações cotidianas, em relação à saúde e a cuidados, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo determinante para a qualidade de vida (Sorensen *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2012).

A capacidade de de apreensão dos conteúdos em LS está associada ao nível de alfabetização, conforme conceitua a Organização Mundial de Saúde (OMS), atuando como fator predisponente da renda, emprego e nível de educação (Who, 2013).

Dessa forma, o baixo nível de educação em saúde pode ser um obstáculo ao acesso a serviços de saúde, resultando em comportamentos individuais e coletivos de risco, piores condições de saúde, menor poder de autogerenciamento e maiores índices de hospitalização, aumentando significativamente os custos dos serviços públicos, estando, portanto, associado a piores desfechos de saúde geral e bucal (Who, 2010; Fleary; Joseph; Pappagianopoulos, 2018; Haun *et al.*, 2015).

Indivíduos que apresentam maior nível de educação em saúde apresentam melhores condições odontológicas (Lee *et al.*, 2012; Divaris *et al.*, 2012). Além de estar relacionado aos comportamentos e hábitos de saúde bucal, influencia também o aspecto clínico, visto que quanto menor o grau de alfabetismo em saúde bucal, maior a gravidade de alterações odontológicas (Holtzman *et al.*, 2014; Jamieson *et al.*, 2013).

Pessoas com baixo nível de educação em saúde têm maior probabilidade de faltar a consultas odontológicas. Os comportamentos de busca de cuidados de saúde dos pacientes são influenciados por uma série de fatores, incluindo suas perspectivas sobre os sintomas e uma autopercepção inadequada de necessidades de tratamento odontológico (Holtzman *et al.*, 2014).

Os fatores sociodemográficos, como a escolarização, têm um efeito positivo, forte e direto no conhecimento prévio e na literácia em saúde, podendo ser influenciada pela idade. O comportamento em saúde será resultado do nível de LS do indivíduo (Sun *et al.*, 2013; Rocha; Lemos, 2016).

A promoção de saúde no Brasil foi iniciada em meados dos anos 80, com o estímulo à redemocratização, culminado em uma série de manifestações populares que resultariam na reforma sanitária brasileira. A Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), criada em 1986, apresentou, pela primeira vez, a necessidade de um modelo de atenção à saúde baseado na epidemiologia, demonstrando as reais necessidades de toda a população.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu artigo nº 196 a saúde foi definida como um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1988). No final do ano de 2000, através da instituição da Portaria 1.444, criou-se o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e inserção dos profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000).

No ano de 2003 foi concluído o levantamento epidemiológico de saúde bucal e divulgado o Relatório Descritivo do Projeto SB Brasil 2003. Então, em 2004, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Por meio do Brasil Sorridente são descritas diversas medidas que visam garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, tendo em vista o quão fundamental é para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Dessa forma, ela passa a ser ofertada de forma integral, incluindo procedimentos mais complexos na Atenção Básica (Brasil, 2012; Ministério da Saúde, 2022).

O seu objetivo principal é reorganizar a prática e a qualificar as ações e serviços ofertados, reunindo ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2022).

O programa é voltado para as linhas de reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (SB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e fluoretação de águas nas estações de abastecimento público. Além disso, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais (Ministério da Saúde, 2022).

Por fim, no ano de 2023, foi sancionado o Projeto de Lei n.º 8.131, de 2017, incluindo a Saúde Bucal na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90) transformando a PNSB em uma política de Estado pela Lei n.º 14.572/2023. Dessa forma, o direito à saúde bucal torna-se garantia para o usuário, sendo parte do direito à saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Embora o estado de saúde bucal dos adultos brasileiros tenha melhorado nas últimas décadas, a última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal demonstrou que os níveis de doenças dentárias permanecem consideravelmente mais elevados do que aqueles recomendados pela Organização Mundial da Saúde (Pucca *et al.*, 2015; Ministério da Saúde, 2012).

Países desenvolvidos que apresentam fluoretação da água e população de melhores condições socioeconômicas, com hábitos de autocuidado em saúde oral tendem a apresentar declínio no índice de cárie dentária (Chandregowda *et al.*, 2020).

Em países de média e baixa renda, em geral, a população não possui uma cobertura de saúde adequada, principalmente em zonas rurais. Somado a isso, pessoas de menor poder aquisitivo dificilmente realizam consultas odontológicas e não possuem conhecimento e atitudes adequadas em relação à saúde bucal (Petersen; Kwan, 2011).

No Brasil ainda há uma prevalência relativamente alta de cárie dentária, representando um problema de saúde pública (Brasil, 2012). Trata-se de uma doença multifatorial, com alterações microbiológicas no biofilme e que possui como fatores predisponentes os padrões alimentares, hábitos de higiene oral, sexo e idade (Chandregowda *et al.*, 2020).

A cárie dentária é considerada a doença mais prevalente na cavidade oral e, mesmo que tenha diminuído de forma significativa, constitui ainda um problema global para a saúde pública (Petersen; Kwan, 2011; Jain *et al.*, 2015).

O sistema público de saúde brasileiro enfrenta dificuldades para prover acesso aos serviços de saúde bucal, uma vez que possui uma trajetória marcada pela predominância do setor privado na prestação de serviços odontológicos, o que resulta em um acesso limitado aos serviços, desigualdades e ênfase no tratamento individualista e curativista (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013).

1.1 Problema da Pesquisa/Pressuposto

Qual o impacto da Educação em Saúde Bucal nos desfechos odontológicos de populações rurais no Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apontar o impacto da educação em saúde bucal nos desfechos odontológicos da população rural brasileira descritos na literatura.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em assentamentos rurais para o público infantil;

- Realizar uma revisão de escopo sobre o impacto da educação em saúde nos cuidados odontológicos de indivíduos que residem em zona rural.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Educação em Saúde

Durante a era colonial a população brasileira era acometida por doenças tropicais e enfermidades como a peste bubônica, cólera, varíola, advindas dos imigrantes europeus, sendo as primeiras desconhecidas por médicos recém-chegados da Europa. Os detentores dos conhecimentos terapêuticos para tais patologias, para a população imigrante europeia, eram conhecidos como barbeiros ou práticos, além dos jesuítas, que intervinham através da disciplina e isolamento dos enfermos. Para a população negra e indígena tratavam-se de curandeiros e pajés, que utilizavam meios naturais, com uso de plantas, ervas, rezas e feitiços (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

Com a chegada a família real portuguesa no início do século XIX, mais médicos se fizeram presentes no Brasil e crescente preocupação com as condições de vida nas cidades, impulsionando a formação do setor de saúde no país, com a consequente regulamentação da prática médica profissional. Assim, no ano de 1808, surgiu a primeira faculdade de medicina no Brasil, denominada Escola Médico-Cirúrgica, em Salvador, na Bahia (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

Durante esse período, a prática médica era dirigida para as famílias de elite econômica e política. Para as classes sociais de menor poder aquisitivo eram destinadas as Santas Casas de Misericórdia, instituições de caridade que forneciam serviços de saúde à essa população. Nas últimas décadas do século XIX, houve um avanço no crescimento industrial e urbanização, com consequente deslocamento geográfico da vida social. Junto a este fato, a abolição da escravatura lançou mais mão de obra no mercado, resultando em maior número de desempregados (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

O crescente índice populacional nas cidades potencializou os problemas urbanos. Com a falta de moradias, a população mais pobre morava em cortiços, em condição precária, sem saneamento e abastecimento de água, com condições ruins de higiene, influenciando nos surtos de epidemias de doenças como varíola, febre amarela, malária e tuberculose (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018; Souza, 2011).

A alta taxa de mortalidade por essas enfermidades reduziu o fluxo imigratório e influenciou a chegada de navios transportadores de café, devido ao temor que as epidemias geravam. Por afetar os interesses da burguesia agroexportadora, foram trabalhadas medidas de combate às endemias, por meio de campanhas (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

Assim, ocorreram as primeiras práticas de educação em saúde, que eram breves e superficiais, pois, para as autoridades, a população seria incapaz de maiores entendimentos. Como maneira de educar, foram distribuídos folhetos avulsos denominados “Conselhos ao Povo”. Contudo, o método de combate às endemias mais praticado ocorreu por meio de intervenção coercitiva e autoritária sobre a população pobre, influenciado pela doutrina “polícia médica”, desenvolvida na Alemanha, em que o Estado assegura o bem-estar do povo mesmo contra os interesses individuais (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

A campanha liderada por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro destacou-se nesse processo, com foco na luta contra a dengue amarela, no ano de 1903. Por volta de um ano depois, o Estado fez uso da força policial para cumprir a vacinação antivariólica, entretanto, resultou em grande insatisfação popular, que enfrentou o Estado, por meio da revolta conhecida como “Revolta da Vacina” (Moreira; Arcari; Coutinho, 2018).

Posteriormente, durante o período de Primeira Guerra Mundial, houve expansão da industrialização no país e aumento do número de operários com baixa remuneração, longas jornadas de trabalho e péssimas condições de vida. Já na Segunda Guerra Mundial ocorreu uma crise internacional na produção de borracha e manganês, tornando o Brasil o principal exportador. Como produto desse processo, foi criada a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), na região amazônica e no Vale do Rio Doce, contribuindo para a aquisição de novas tecnologias de medicina preventiva no país (Santos, 2018).

Nas décadas seguintes, os aspectos que envolvem o processo saúde-doença começam a ser vistos de forma interdisciplinar, atrelados às questões sociais. Contudo, durante o período de regime militar, a educação em saúde era abordada na atenção médica privada. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pessoas com carteira de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária teriam acesso ao atendimento médico-hospitalar, excluindo a população desfavorecida (Santos, 2018).

A partir dos últimos anos da década de 1970, profissionais da saúde e da classe popular expandem o movimento em prol de transformação do modelo de assistência à saúde vigente, ficando conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária. Dado esse passo inicial, alguns anos depois ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marca a história da saúde no país, constituída por um conceito abrangente de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado; e a implantação do Sistema Único de Saúde, que foi aprovado dois anos depois (Santos, 2018; Moysés, 2018).

O modelo de atenção à saúde baseado no autoritarismo dos profissionais de saúde e centrado apenas na doença sofre mudança, percebendo a importância do contexto psicossocial que o indivíduo está inserido. Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) desempenhou papel fundamental para a transformação do modelo existente, atuando na Atenção Básica (Santos, 2018; Moysés, 2018; Brasil, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, Atenção Básica (AB), de saúde se refere a um conjunto de ações, individuais ou coletivas, referente ao primeiro nível de atenção, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (Santos, 2018; Moysés, 2018; Brasil, 2017).

A AB é considerada a principal porta de entrada do SUS, consolidada através do Plano Nacional de Atenção Básica, que aborda a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica. Esse modelo de atenção é baseado na promoção de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade da população, por meio da educação em saúde (Santos, 2018; Moysés, 2018).

Com a realização da Conferência de Alma-Ata e a I Conferência Mundial de Promoção à Saúde, em 1986, as concepções de saúde e de educação em saúde ganham um novo enfoque, priorizando a capacitação do indivíduo para aumentar sua autonomia no processo saúde-doença, envolvendo fatores que causam impacto direto na saúde, como a moradia, educação, alimentação e renda. A educação em saúde torna-se integrada às concepções de saúde do novo modelo assistencial, e sua eficácia depende de como os profissionais de saúde aplicam suas práticas (World Health Organization, 1986; Brasil, 1987; Moysés, 2018; Boccolini; De Souza Junior, 2013).

A educação em saúde é um processo contínuo e participativo que visa promover o conhecimento e a conscientização sobre práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde, capacitando indivíduos e comunidades para o autocuidado e para o exercício do controle social na saúde. Essa prática busca não apenas a transmissão de informações, mas também a construção coletiva de saberes que possibilitem transformações no comportamento e nas condições de vida das populações (Sodré, 2014).

A educação em saúde não está limitada a intervenções pontuais, mas é parte integrante das políticas públicas de saúde e um dos pilares do SUS no Brasil, ao promover a participação ativa da comunidade no cuidado com sua saúde (Brasil, 2013). O objetivo é informar e empoderar a população, possibilitando que indivíduos compreendam melhor os determinantes

sociais que influenciam sua saúde e adotem atitudes mais proativas em relação à sua qualidade de vida (Sodré, 2014).

A abordagem das ações educativas deve ocorrer de forma dialógica, envolvendo a troca de saberes entre profissionais e a comunidade, respeitando as realidades locais e buscando soluções que atendam às necessidades específicas de cada grupo. Nesse sentido, as estratégias educativas tornam-se essenciais para promover mudanças estruturais e comportamentais, contribuindo para a redução das desigualdades e para a melhoria dos indicadores de saúde pública (Silva; Cotta; Rosa, 2013).

3.2 Saúde Bucal

Durante o período colonial brasileiro, a monarquia portuguesa regulamentou o exercício da cirurgia, física (uso de medicamentos) e dos profissionais que tratavam dentes, denominados barbeiros. No ano de 1448, foi promulgada uma “Carta Régia Portuguesa” que permitia ao Cirurgião-Mór licenciar cirurgiões e barbeiros (Oliveira, 2005; Nogueira, 2012; Brasil, 2013; Costa, 2018).

A partir da chegada da família real portuguesa no Brasil, foram criadas a Escola de Cirurgião, na Bahia, e a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica, no Rio de Janeiro. Em 1856, o Decreto nº 1764 tornou como critério a prestação de exames em uma das duas Faculdades de Medicina do Brasil para a obtenção do título de dentista. Posteriormente, no de 1879, foi atribuído o título de cirurgiã-dentista (Oliveira, 2005; Nogueira, 2012; Brasil, 2013; Costa, 2018).

Na década seguinte foi criada a primeira Faculdade de Odontologia do Brasil, consolidando a Odontologia como profissão liberal de nível superior, contudo estava vinculada inicialmente às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, apesar disso, apresentava currículo próprio, sem disciplinas em comum ao curso de medicina (Oliveira, 2005; Nogueira, 2012; Brasil, 2013; Costa, 2018; Gonçalves, 2010).

A prática odontológica era puramente curativa e privada, atendendo somente aos trabalhadores segurados através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram substituídas por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), perfil transformado com a criação do SUS, abrindo espaços para a participação popular e atendimento integral do usuário (Brasil, 2015; Silva, 2018).

Em 1986, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB), como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tornou-se marco para a Odontologia, vista

como uma nova abordagem de planejamento de saúde bucal, em consonância aos princípios e diretrizes do SUS. Na década seguinte, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), abordando diretrizes e estratégias para a saúde bucal no país, por meio de controle social descentralizado e acesso universal e equalitário aos serviços odontológicos, em conjunto a outras formas de promoção de saúde (Narvai, 2011; Pereira, 2015; Silva e Ribeiro, 2010).

Com o objetivo de proporcionar e ampliar a participação popular na análise e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, em resposta às demandas sociais e ao recente levantamento epidemiológico SB Brasil, que revelou uma significativa desigualdade social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de pessoas desdentadas no país, foi realizada entre os dias 29 de julho e 1º de agosto de 2004, em Brasília-DF, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ª CNSB). Essa conferência tomou como base a saúde bucal das populações como um indicador da qualidade de vida individual e coletiva. Aproximadamente 90 mil pessoas participaram ativamente das etapas municipais e estaduais, culminando com a presença de cerca de 1.200 participantes na etapa nacional (Ministério da Saúde, 2005; Fernandes, 2011; Narvai, 2011).

Após um amplo processo de discussão com os coordenadores estaduais de saúde bucal, embasado nas propostas desenvolvidas em congressos e encontros sobre odontologia e saúde coletiva ao longo das últimas décadas, e em alinhamento com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, incluindo a 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde, em 2004, estabeleceu diretrizes voltadas à estruturação da atenção à saúde bucal dentro do SUS (Brasil, 2004; Chaves; Barros, 2019; Chaves; Lima; Pimenta, 2021).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propõem um direcionamento essencial para orientar as concepções e práticas no atendimento odontológico. Elas introduzem um novo modelo de trabalho, focado na produção de cuidado, sendo um documento fundamental para compreender o processo de construção do modelo assistencial, que valoriza a interação entre saberes e práticas dos profissionais e usuários no contexto da micropolítica do cuidado (Brasil, 2004; Chaves; Barros, 2019; Chaves; Lima; Pimenta, 2021).

A cárie dentária é considerada a doença mais prevalente na cavidade oral e, mesmo que tenha diminuído de forma significativa, constitui ainda um problema global para a saúde pública (Petersen; Kwan, 2011; Jain *et al.*, 2015). Trata-se de uma doença multifatorial, com alterações microbiológicas no biofilme e que possui como fatores predisponentes os padrões alimentares, hábitos de higiene oral, sexo e idade (Chandregowda *et al.*, 2020).

A presença de lesões cáries não tratadas pode ocasionar um impacto negativo na qualidade de vida de crianças, podendo haver dor oral, dificuldade na mastigação e para dormir, afetando seu desempenho e frequência escolar (Jiang; Wang, 2011; Böhm; Kuntze, 2019).

Embora a saúde bucal seja amplamente reconhecida como um elemento crucial para a qualidade de vida, uma parte significativa da população brasileira ainda não tem acesso a ações e serviços odontológicos. Essas desigualdades de acesso são enfrentadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com ações educativas relacionadas às doenças bucais a partir dos determinantes sociais, regionalidade de assistência às necessidades de urgências odontológicas e incentivos financeiros diferenciados para Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (Pereira; Macedo, 2013; Brasil, 2004).

A PNSB reforça as ações de educação em saúde como propiciadoras para o empoderamento do sujeito, o capacitando para trabalhar seu processo saúde-doença e melhorar sua qualidade de vida (Narvai, 2011; Alves; Silva, 2017; Mendes, 2018).

3.3 Educação em Saúde Bucal

As ações educativas em saúde costumam integrar o conjunto das atividades de atenção em saúde. No entanto, frequentemente se focam na replicação de comportamentos considerados pelos profissionais técnicos como os mais adequados para a prevenção de doenças. Quando as pessoas não seguem esses comportamentos recomendados, acabam sendo responsabilizadas pela própria doença, o que dificulta a adoção de novas práticas, especialmente quando a realidade social não é levada em consideração (Miskolci; Pereira, 2019; França; Magnago, 2019).

A saúde deve ser compreendida como um processo social contínuo, no qual se busca uma maior corresponsabilização e cooperação entre diferentes setores da sociedade, promovendo uma participação ativa da população. Nesse contexto, é importante que as pessoas sejam vistas como protagonistas de sua saúde, capazes de desenvolver seus próprios projetos de vida, tanto de forma individual quanto coletiva (Czeresnia; Freitas, 2022; Carvalho, 2015; Brasil, 2018; França; Magnago, 2019).

As ações educativas devem abordar através de seu conteúdo as principais doenças bucais, a forma como se manifestam e se previnem, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico, uso do fluoretado e fio dental, os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose, as orientações quanto alimentação saudável, orientação para autoexame da boca, os cuidados imediatos após traumatismo dentário, a prevenção à exposição

ao sol sem proteção e a prevenção ao uso de álcool e fumo. A PNSB afirma ainda que as ações educativas devem ser atribuídas à toda equipe de saúde bucal da AB, cabendo ao CD realizar o planejamento das mesmas (Miskolci; Pereira, 2019; França; Magnago, 2019).

A educação em saúde bucal é uma estratégia essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças orais, desempenhando um papel crucial na formação de hábitos saudáveis e na conscientização sobre a importância da higiene bucal. Por meio de campanhas educativas e programas direcionados, a população é orientada sobre práticas essenciais, como escovação adequada, uso do fio dental e alimentação saudável. Estas práticas são fundamentais para a prevenção de condições como cárie, gengivite e outras doenças periodontais, contribuindo significativamente para a manutenção da saúde bucal e geral dos indivíduos (Miskolci; Pereira, 2019; França; Magnago, 2019).

Além de promover a prevenção, a educação em saúde bucal auxilia na redução das desigualdades no acesso a cuidados odontológicos. Programas educativos podem ajudar a identificar e abordar barreiras que dificultam o acesso a tratamentos, especialmente em comunidades vulneráveis. A integração de ações educativas nas escolas, unidades de saúde e comunidades permite que informações cruciais sobre saúde bucal cheguem a grupos que, de outra forma, poderiam não ter acesso a esses conhecimentos. Dessa forma, a educação em saúde bucal não só melhora a saúde oral individual, mas também contribui para a equidade no acesso aos cuidados (Miskolci; Pereira, 2019; França; Magnago, 2019).

Por meio de ações educativas, é possível formar uma consciência crítica sobre a importância da saúde bucal e contribuir para a capacidade de identificar e buscar soluções para problemas que possam surgir. Programas educativos bem estruturados incentivam a população a adotar comportamentos preventivos e a buscar cuidados adequados, resultando em uma comunidade mais informada e preparada para enfrentar desafios relacionados à saúde bucal (Miskolci; Pereira, 2019; França; Magnago, 2019).

3.4 População rural brasileira

O estado de saúde bucal é requisito essencial para o bem-estar geral e qualidade de vida de qualquer população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que os cuidados odontológicos são necessários desde a infância até a velhice, tendo em vista que a condição da saúde oral afeta diretamente funções essenciais, como a mastigação, fala e até mesmo a autoestima dos indivíduos (Who, 2020). Contudo, a população rural brasileira enfrenta desafios únicos nesse contexto (Brasil, 2011).

No território rural brasileiro, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, incluindo atendimento odontológico, é um problema crônico. Segundo dados do IBGE (2017), quase 15% da população brasileira reside em áreas rurais, muitas vezes em regiões remotas e com infraestrutura precária. Para essas comunidades a dificuldade se torna maior por fatores como inacessibilidade à de profissionais de saúde, dificuldade de acesso até os centros de atendimento e ausência de políticas específicas (Boccolini; De Souza Junior, 2013).

Aspectos como a cultura e a situação socioeconômica contribuem para a negligência dos cuidados bucais nos setores rurais. Outros problemas de saúde, como doenças infecciosas e lesões físicas, são priorizados, deixando a saúde bucal em segundo plano. Esse cenário contribui para o aumento da prevalência de cáries, doenças periodontais e até mesmo câncer bucal entre a população rural (Peres *et al.*, 2012; Araújo *et al.*, 2006).

A precariedade do estado de saúde oral em pessoas que vivem em zona rural pode ser observada em estudos sobre cárie e doenças periodontais. O trabalho elaborado por Peres *et al.* (2019) demonstra também que o edentulismo acomete 70% dos adultos com mais de 60 anos em áreas rurais, impactando de forma negativa sua qualidade de vida, tendo em vista que a ausência de elementos dentários além de afetar a mastigação e nutrição, prejudica a autoestima, isolando socialmente esses indivíduos.

Outro fator contribuinte para esses resultados é o pouco acesso a produtos de higiene bucal, como escovas de dente e creme dental. Conforme os dados do Ministério da Saúde (2021), menos de 40% das famílias rurais têm acesso a esses produtos de forma regular, refletindo diretamente na alta prevalência de doenças bucais nessa população.

Sendo assim, a PNSB é fundamental para a promoção da saúde bucal no Brasil, inclusive em áreas rurais (Ministério da Saúde, 2021). Criado em 2004, o programa busca ampliar o acesso aos serviços odontológicos, especialmente para as populações mais vulneráveis, como aquelas que residem em áreas rurais. No entanto, a implementação e o alcance dessa política ainda encontram barreiras (Pucca *et al.*, 2015; Aquilante; Aciole, 2015).

Por meio desse programa é prevista a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e a inclusão de serviços de odontologia na Atenção Básica. Apesar disso, ainda não há cobertura total desses serviços, principalmente nas regiões rurais do Norte e Nordeste, onde a infraestrutura de saúde já é historicamente mais frágil (Carvalho *et al.*, 2018; Aquilante; Aciole, 2015). A escassez de profissionais de saúde bucal nessas áreas e a carência de transporte dificultam a efetiva realização de campanhas de prevenção e tratamento (Machado; Chaves; Figueiredo, 2017; Aquilante; Aciole, 2015).

Visando melhorar o estado de saúde bucal da população rural brasileira, é necessário adotar uma abordagem integrada que envolva tanto o governo quanto a sociedade civil. Um dos principais desafios é aumentar o número de CD que atuem nessas áreas. Incentivos financeiros e logísticos, como o Programa Mais Médicos adaptado para a odontologia, poderiam ser implementados para atrair e fixar dentistas nas zonas rurais (Barreto *et al.*, 2011; Peres *et al.*, 2012).

A educação em saúde, por meio de campanhas educativas voltadas para a prevenção de doenças bucais, ensinando desde cedo a importância da higiene bucal e da alimentação adequada, podem ser cruciais na redução dos índices de cárie e edentulismo. A utilização de veículos móveis de saúde, como unidades odontológicas itinerantes, também pode ser uma solução eficaz para levar o atendimento a regiões mais distantes (Costa *et al.*, 2022; Araújo *et al.*, 2006; Santos, 2024).

Além disso, é essencial fortalecer as ações de vigilância em saúde bucal, coletando dados regularmente para identificar áreas prioritárias e garantir que as políticas públicas sejam ajustadas conforme as necessidades locais. O fortalecimento da atenção básica com enfoque na saúde bucal, através de equipes multiprofissionais, pode garantir um atendimento contínuo e resolutivo para essa população (Roncalli; Côrtes, 2012).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Este estudo foi conduzido em duas etapas distintas para uma compreensão abrangente das estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em comunidades rurais.

A **Etapa I** consistiu em uma revisão integrativa da literatura (Cronin; George, 2023) organizado em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Na **Etapa II**, realizamos uma revisão de escopo seguindo o Manual do Instituto Joanna Briggs (JBI) e o Checklist do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), conforme descrito no Anexo A. Esta revisão de escopo teve como objetivo identificar e analisar lacunas, além de esclarecer e mapear os principais conceitos e definições na literatura existente sobre o tema (Peters *et al.*, 2020).

4.2 Pergunta norteadora

Etapa I

Quais as estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em assentamentos rurais para o público infantil?

Etapa II

A questão norteadora desta revisão foi elaborada de acordo com a estratégia PCC, que considera aspectos da população, conceito e contexto do objeto a ser pesquisado: População (residentes de zona rural), Conceito (educação em saúde) e Contexto (cuidados odontológicos). Por conseguinte, a questão de revisão foi elaborada da seguinte forma: qual o impacto da educação em saúde nos cuidados odontológicos de indivíduos que residem em zona rural?

4.3 Critérios

Etapa I

Após o levantamento bibliográfico, foram excluídas as duplicidades e seguiu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos. Como critérios de elegibilidade para leitura dos artigos na

íntegra foram considerados os artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol, que que abordassem o tema de educação em saúde bucal para população rural em idades entre 5 a 13 anos. Trabalhos que tivessem seu estudo voltado para adultos ou para algum grupo étnico específico foram excluídos, juntamente com estudos sem acesso completo gratuito. Entre os artigos selecionados para leitura completa também foram incluídos aqueles para os quais a avaliação do título e do resumo foi insuficiente para verificar o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Por fim, foram definidos os artigos que integram esta revisão, os quais cumprem inequivocamente os critérios de elegibilidade e inclusão.

As informações extraídas para análise consideraram o título e a autoria do trabalho, o ano de publicação, o país onde o estudo foi realizado, a abordagem metodológica, os objetivos, as principais características da amostra, a tipologia e os instrumentos para mensurar a discriminação e os principais resultados.

Etapa II

A composição dessa revisão se deu por meio de estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão alinhados à estratégia PCC delineada na questão de revisão (Tabela 01). Dessa maneira, a intenção é aprimorar o rigor metodológico e minimizar possíveis vieses.

Tabela 01 - Critérios de inclusão e exclusão conforme estratégia PPC.

POPULAÇÃO	Inclusão: estudos que envolvam pessoas que residam em zona rural
	Exclusão: estudos que envolvam apenas pessoas residentes de zona urbana, indígenas ou ribeirinhas
CONCEITO	Inclusão: estudos que apresentem técnicas relacionadas à educação em saúde que promovam a capacidade do indivíduo em adquirir, processar e aplicar as informações sobre saúde para utilizar os serviços odontológicos
	Exclusão: estudos que envolvam abordagens não interativas à pessoas de zona rural.
CONTEXTO	Inclusão: estudos que envolvam aspectos relacionados à saúde oral aplicados a residentes de zona rural.
	Exclusão: estudos que não envolvam apenas avaliação epidemiológica sem conexão à educação em saúde.
TIPOS DE FONTE DE EVIDÊNCIA	Inclusão: estudos brasileiros com qualquer delineamento, disponibilizados integralmente, sem restrição quanto à idioma e recorte temporal.
	Exclusão: ensaios teóricos, editoriais, trabalho de conclusão de curso e revisão integrativa de literatura.

Fonte: Adaptado de Costa *et al.*, 2022.

4.4 Estratégia de busca

Etapa I

A partir da delimitação do problema de pesquisa foi realizado o levantamento bibliográfico por meio dos sítios eletrônicos Scielo, Medline (via PubMed) e Web of Science via Portal Capes. Os descritores selecionados para o levantamento bibliográfico foram baseados nos termos disponíveis no cadastro dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MESH). Os descritores utilizados em português foram: “educação em saúde bucal” “saúde bucal” AND “população rural” AND “criança” e em inglês: “oral health education” “oral health” AND “rural population” AND “child”. O processo de busca foi organizado visando recuperar os estudos que contivessem pelo menos um dos termos de cada conceito. O operador AND foi aplicado com o objetivo de conectar os conceitos e refinar os resultados da pesquisa. O mesmo sistema de junção dos descritores também foi efetuado no idioma inglês. Não houve filtros com relação ao ano/período de publicação ou tipo de estudo.

Etapa II

Para a identificação e seleção dos trabalhos a serem incluídos nesse estudo, foram consideradas as seguintes bases de dados: *Medline*, BBO – Odontologia, LILACS e WPRIM (Pacífico Ocidental) via Biblioteca Virtual em Saúde, *PubMed*; *Web of Scienc e Scopus*.

Inicialmente, a pesquisa iniciou por meio da consulta nos cabeçalhos de assuntos médicos da *Medline* (MESH) e descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Visando ampliar os resultados de busca, os operadores booleanos AND e OR foram combinados para cada plataforma de dados. Para a base de dados *PubMed* foi aplicada a estratégia de busca ((((((“Rural Population”[Mesh]) AND “Health Literacy”[Mesh]) OR “Health Education”[Mesh])) OR “Health Promotion”[Mesh]) AND “Oral Health”[Mesh]) OR “Health Education, Dental”[Mesh] AND “Brazil”[Mesh]). Na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) aplicaram-se os descritores em português (Letramento em Saúde) AND (Educação em saúde) AND (saúde bucal) AND (Educação em saúde bucal) AND (População rural) OR (Zona Rural), enquanto que para a *Scopus* aplicou-se a estratégia (TITLE-ABS-KEY (health AND literacy) OR TITLE-ABS-KEY (health AND education) OR TITLE-ABS-KEY (educational AND actions) AND TITLE-ABS-KEY (health AND dental) OR ALL (health AND education, AND dental) AND ALL (rural AND population) OR ALL (rural AND areas)) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Brazil")) e (((Health Literacy)) AND (Health Education)) AND (Health Education, Dental)) OR (Educational Actions) AND (Health Dental) AND (Rural areas) AND (Brazil) para a *Web of Science*.

4.5 Seleção de estudos nas fontes de evidência

Etapa I

Para a seleção dos estudos utilizou-se o protocolo PRISMA. Após o levantamento bibliográfico, foram excluídas as duplicidades e seguiu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos. Como critérios de elegibilidade para leitura dos artigos na íntegra foram considerados os artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem o tema de educação em saúde bucal para população rural em idades entre 5 a 13 anos. Trabalhos que tivessem seu estudo voltado para adultos ou para algum grupo étnico específico foram excluídos, juntamente com estudos sem acesso completo gratuito. Entre os artigos selecionados para leitura completa também foram incluídos aqueles para os quais a avaliação do título e do resumo foi insuficiente para verificar o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Por fim, foram definidos os artigos que integram esta revisão, os quais cumprem inequivocamente os critérios de elegibilidade e inclusão.

As informações extraídas para análise consideraram o título e a autoria do trabalho, o ano de publicação, o país onde o estudo foi realizado, a abordagem metodológica, os objetivos, as principais características da amostra, a tipologia e os instrumentos para mensurar a discriminação e os principais resultados.

Etapa II

Para selecionar os estudos utilizou-se o sistema de gerenciamento de referências Mendeley, que armazenou os arquivos. Através desse sistema é possível eliminar os artigos que estão duplicados. De forma preliminar, os títulos e resumos dos estudos encontrados foram lidos e, após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, aceitos ou rejeitados. Em seguida, os estudos resultantes e que estão disponibilizados integralmente tiveram a sua leitura completa realizada. Por fim, trabalhos selecionados terão a extração dos dados realizada.

Foi aplicado um diagrama subdividido em identificação, triagem, elegibilidade e textos incluídos para revisão para expor os resultados.

4.6 Extração dos dados

Etapa I

As informações extraídas para análise consideraram o título e a autoria do trabalho, o ano de publicação, o país onde o estudo foi realizado, a abordagem metodológica, os objetivos, as principais características da amostra, a tipologia e os instrumentos para mensurar a discriminação e os principais resultados.

Etapa II

Utilizou-se um formulário elaborado especificamente para essa etapa que serviu de base para referências confeccionadas no Mendeley, transferidas previamente para uma planilha do programa Microsoft Excel.

4.7 Análise e apresentação dos dados

Etapa I

A análise dos dados extraídos dos artigos foi realizada por meio de processo comparativo, com o intuito de produzir uma síntese descritiva capaz de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão.

Etapa II

Para transcrever as conclusões da literatura encontrada, aplicou-se o software LibreOffice *writer* e, após organizar e ajustar grafia e os caracteres especiais, formou um *corpus* textual a ser analisado com o auxílio do *software* IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2. Este é um software gratuito e com fonte aberta, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, assim como tabelas e planilhas (Camargo; Justo, 2013).

O software oferece diversas funcionalidades, sendo que a análise de similitude foi empregada, uma vez que representa uma maneira de organizar os resultados textuais, levando em consideração a coocorrência das palavras no *corpus* e o nível de conexão entre elas. Isso permite esclarecer os caminhos semânticos relacionados à estrutura de representação do material analisado e facilita a compreensão global do fenômeno em estudo. Desse modo, busca-se integrar as descobertas apresentadas nos quadros ou tabelas com os conteúdos destacados nas pesquisas, com o objetivo de esclarecer a questão proposta na revisão.

Estima-se que os dados da *scoping review*, conduzida por este protocolo, revelem a influência da educação em saúde nos desfechos odontológicos de indivíduos que residem em áreas rurais, auxiliando na identificação das necessidades de aprofundamento em futuras

pesquisas que analisem intervenções para aprimorar essas práticas no cotidiano da população estudada.

4.8 Aspectos Éticos

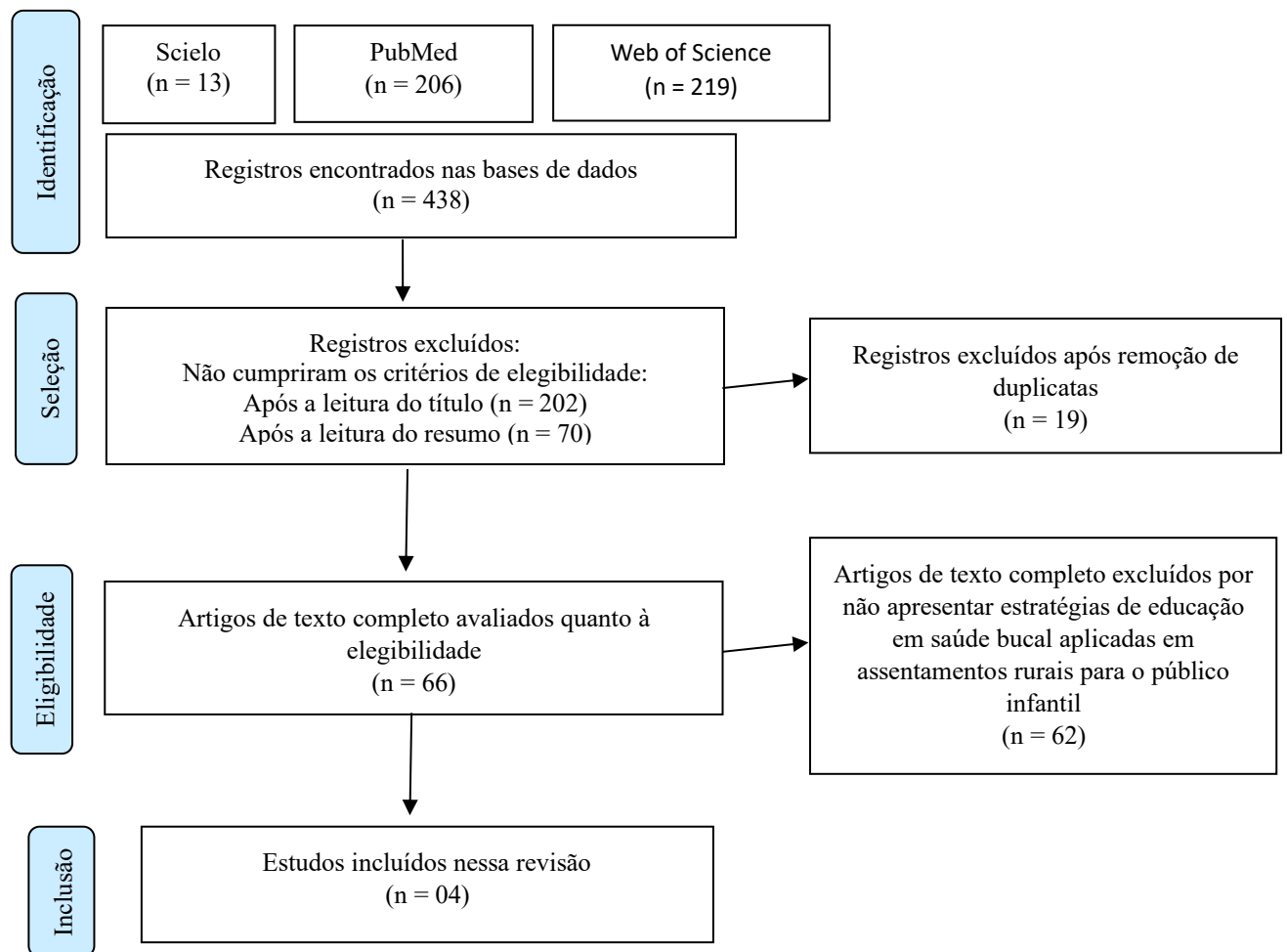
Em decorrência da natureza intrínseca deste estudo, o qual se respaldou em dados secundários, prescinde-se do processo de submissão a um comitê de ética, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Pesquisa Nº 510/16 concernente à condução de pesquisas com esta abordagem metodológica (Brasil, 2016).

5 RESULTADOS

Etapa I

Foram identificados 438 artigos através da estratégia de busca, sendo 13 na Scielo, 206 na PUBMED e 219 no Web of Science. Após a leitura dos títulos e resumos constatou-se que 272 não cumpriam os critérios de elegibilidade e foram excluídos, removendo-se as duplicidades e ainda 80 por não estarem integralmente acessíveis. Foram selecionados 66 artigos para a leitura completa, havendo a inclusão de apenas 04 na revisão. A amostra final desta revisão foi constituída por 04 artigos, estando o processo de seleção descrito na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Adaptado de Page *et al.*, (2020)

Os achados deste trabalho foram descritos na Tabela 1, para comparação de autores, país, desenho do estudo e participantes.

Tabela 1. Dados comparativos dos estudos encontrados.

<i>Autores/ano</i>	<i>País</i>	<i>Desenho</i>	<i>Participantes (n, idade)</i>	
<i>Angelopoulou et al., (2015)</i>	Grécia	Ensaio clínico Prospectivo	184	10 anos
<i>Shinde, Shetiya; Agarwal, (2023)</i>	Índia	Intervencional Piloto	139	06 a 13 anos
<i>Bergeron, Talbot; Gaboury, (2017)</i>	Peru	Avaliação Realista	80	09 a 13
<i>Bergeron, Talbot; Gaboury, (2020)</i>	Peru	Avaliação Realista	08 grupos contendo de 04 a 10 participantes	Não informado

Fonte: Autoria própria.

Os países de aplicação dos estudos foram Grécia, Índia e Peru. O trabalho de Bergeron, Talbot e Gaboury (2017) foi realizado com crianças (n = 80) de 09 a 13 anos de idade, com a aplicação das atividades de promoção intersectorial da saúde bucal, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do país. No ano de 2020 os mesmos autores desenvolveram uma pesquisa envolvendo profissionais de saúde, professores, pais, gerentes de educação, gerentes de saúde e outras partes interessadas da comunidade, a fim de compreender os elementos contextuais e mecanismos subjacentes que explicam os resultados das atividades realizadas anteriormente com os escolares.

Na Tabela 2 foram descritos os principais objetivos de cada estudo e quais as atividades realizadas.

Tabela 2. Proposições e práticas realizadas nos estudos inclusos.

<i>Autores/Ano</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Atividade realizada</i>
<i>Angelopoulou et al., (2015)</i>	Avaliar a eficácia da aprendizagem experimental (EL) ou da educação tradicional (TL) em saúde bucal baseada na melhoria do conhecimento, atitude e comportamento em saúde bucal, bem como higiene bucal, saúde gengival e cárie de 10 crianças de dois anos na Grécia.	Distribuição de escovas e cremes dentais, juntamente com a educação em saúde bucal e demonstração de técnicas de escovação e exercícios por meio do profissional de saúde
<i>Shinde, Shetiya; Agarwal, (2023)</i>	Implementar e avaliar o programa participativo comunitário de promoção e prevenção da saúde bucal em crianças em idade escolar de uma população rural	Recursos audiovisuais, como apresentações em powerpoint sobre saúde bucal, ART, saúde gengival, enxaguatório bucal com flúor e etapas

		de preparação com reforço a cada 3 meses. Folhetos no idioma local sobre o mesmo foram distribuídos.
<i>Bergeron, Talbot; Gaboury (2017)</i>	Compreender o contexto e os mecanismos subjacentes associados com os efeitos atuais de promoção intersetorial da saúde bucal peruano entre escolares crianças que vivem em comunidades andinas rurais	1) Formação em higiene oral e hábitos de alimentação relacionados à Higiene Oral; (2) Demonstrações de escovação dos dentes e uso do fio dental; (3) distribuição de escovas de dente e creme dental com flúor e (4) aplicação de flúor ou selantes nos dentes das crianças.
<i>Bergeron, Talbot; Gaboury, Isabelle (2020)</i>	Entender os elementos contextuais e os mecanismos subjacentes que explicam os resultados promoção intersetorial da saúde bucal em escolares que vivem em comunidades andinas rurais remotas.	Entrevistas

Fonte: A autoria própria.

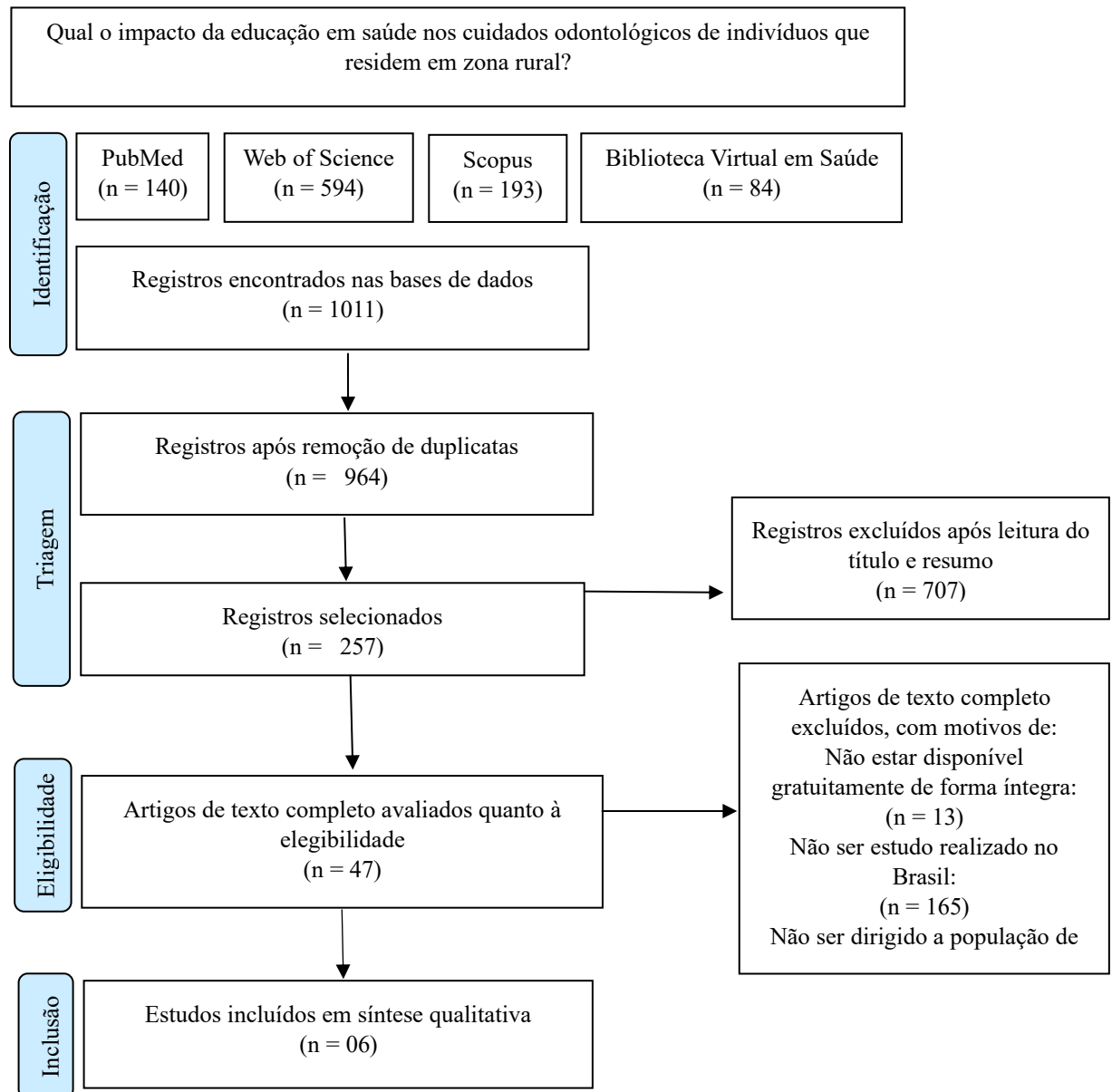
Todos os estudos são recentes, com primeira publicação no ano de 2015, por Angelopoulou *et al.*, e a última no ano de 2023, de Shinde, Shetiya e Agarwal. Angelopoulou *et al.*, (2015) realizou um trabalho com 184 crianças de 10 anos de idade, dividindo-as em grupo controle e grupo experimental. Para o grupo controle foram aplicados métodos de aprendizagem tradicional, enquanto que para o segundo grupo foram testadas atividades da aprendizagem experimental, que tem como foco o aprendizado através da experiência da criança.

Etapa II

Foram encontrados 1.011 estudos e cadastrados no software Mendeley. Seguiu-se com a identificação e exclusão dos 42 artigos duplicados entre as bases, restando 969 estudos (Figura 1). Destes, após leitura dos títulos e resumos, 707 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão. Ressalta-se aqui que, quando a relevância de um estudo não era clara a partir do resumo, o artigo completo era recuperado para a sua leitura na íntegra pelo primeiro autor para verificar se eles abordavam adequadamente a questão de pesquisa.

Permaneceram na seleção 47 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes, 41 foram excluídos por não estarem disponíveis de forma integral ou não terem sido realizados no Brasil, assim como os estudos que não direcionados à população rural.

Figura 1 - Esboço da coleta de dados



Fonte: Adaptado de Moher *et al.*, 2010.

O Quadro 1 apresenta os dados de caracterização dos artigos selecionados e as definições dos principais achados nos artigos analisados, com seus respectivos referenciais teóricos. Os estudos foram publicados entre os anos de 2010 a 2020.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados

Nº	AUTOR(ES)	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
1	Paredes; Forte; Dias.	2024	Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas	Qualitativo	Relata os principais desafios enfrentados pelos CD para promover ações educativas em setores rurais
2	Andrade et al.	2022	Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE	Dados secundários	O Programa Saúde na Escola possui menor alcance em escolas de zona rural
3	Figueiredo et al.	2010	Gamificação em saúde bucal: experiência com escolares de zona rural.	Quantitativo	Houve aumento do nível de atenção dos estudantes e maior interesse por assuntos relacionados à saúde bucal após aplicação da educação em saúde bucal de forma lúdica
4	Silva et al.	2018	Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados	Transversal quantitativo	existe uma maior dificuldade de acesso aos serviços pelos quilombolas devido às iniquidades enfrentadas por essa população, sobretudo piores condições sociais e econômicas.
5	5.Camerini et al.	2020	Regular dental care in preschoolers in rural Southern Brazil	Transversal quantitativo	filhos de mães de áreas rurais que receberam orientação prévia em saúde bucal tiveram quatro vezes mais chances de serem usuários regulares de serviços odontológicos.
6	Herkraht; Vettore; Werneck.	2020	Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: A multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model		A atenção à saúde bucal nas áreas rurais do Brasil está mais focada no tratamento odontológico do que na prevenção.

Fonte: Autoria própria.

Os trabalhos envolveram diferentes faixas etárias, como adultos (01, 03 e 06), adolescentes (04) e crianças (02 e 05). Todos os artigos são produções brasileiras, com publicação em português (01, 02 e 04) ou inglês (03, 05 e 06).

Análises estatísticas dos dados

Com base nos achados científicos, um conjunto de dados textuais foi elaborado, formando um *corpus* textual, para, posteriormente realizar a análise de conteúdo utilizando o software IRAMuTeQ. Nesse sistema o texto é convertida em unidade, com linhas de comando, formadas por sequências de asteriscos (**** *) (Camargo; Justo, 2013).

O IRaMuTeQ permite realizar técnicas de: Estatísticas Textuais (ou análise lexicográfica); Especificidades e Análise Fatorial por Correspondência (AFC); Análise de Similitude; e, Nuvem de palavras (Ferreira *et al.*, 2021).

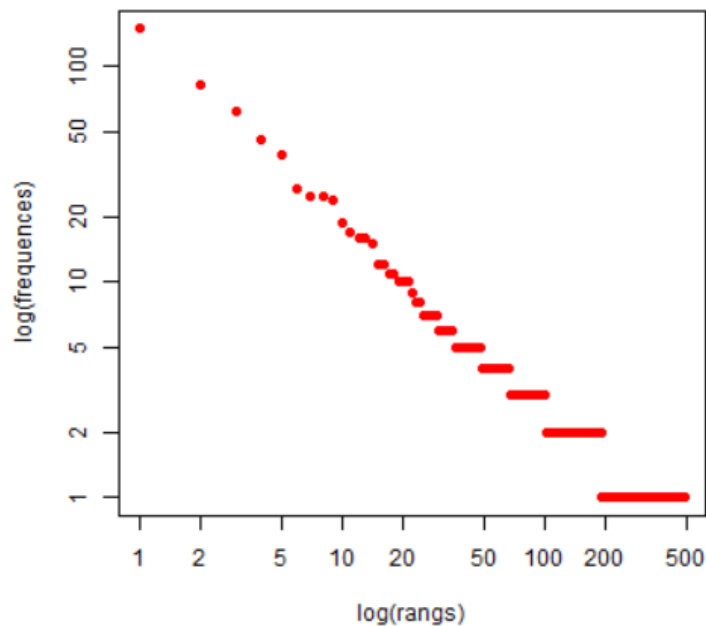
Para as Estatísticas Textuais são consideradas as ocorrências de palavras-chave, as formas, a frequência e hápax (ocorrência única de uma palavra), além de permitir a lematização, que é a redução da palavra com base em seu radical.

Na estatística lexical clássica e lexicografia básica, realizou-se análise estatística do corpus, com o quantitativo efetivo das formas ativas, suplementares e lista de hápax. Por meio das estatísticas básicas da análise é possível observar os dados sobre o Resumo das análises, sendo:

- Número de textos analisados: 06
- Número de ocorrências: 14053
- Número de formas: 488
- Número hápax (palavras aparecem só uma vez): 299
- Médias das ocorrências no texto: 242.17

Com essas estatísticas básicas evidencia-se uma visão geral do *corpus* que está sendo analisado. Para tal, um gráfico estatístico é produzido (Figura 02), em que está relacionado, no eixo das abcissas, os logaritmos das frequências das palavras por ordem decrescente e, no eixo das ordenadas, as frequências das formas.

Figura 2 - Gráfico das recorrências das palavras com a frequência das formas



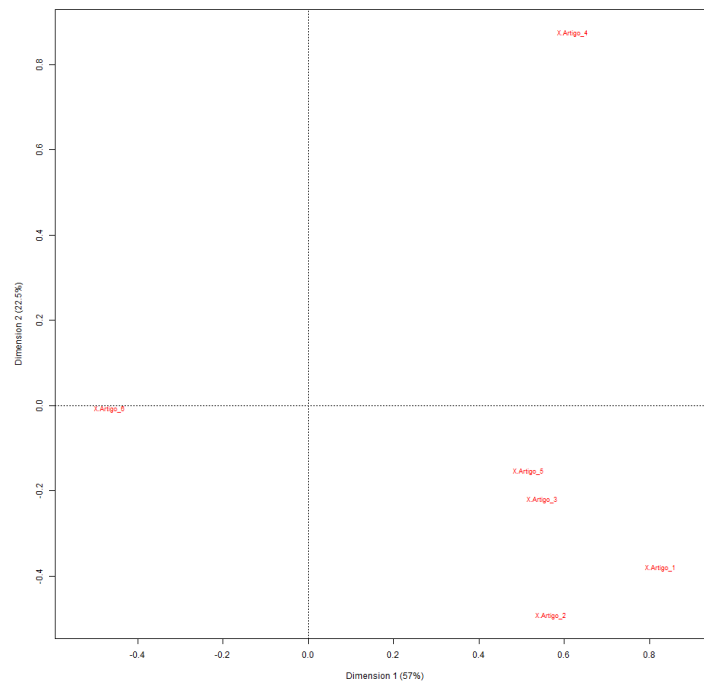
Fonte: Autoria própria.

O gráfico (Figura 02) retrata a distribuição de frequência (eixo y) em relação à rang (eixo x) em escala logarítmica. Também revela que houveram poucas palavras repetidas muitas vezes e 299 palavras repetidas poucas vezes, chamadas de Hápax.

Esse gráfico tem relevância para a validação da consistência da análise do corpus, considerando que para uma análise ser considerada consistente, o gráfico deve apresentar em uma aproximação de uma reta linear descendente do tipo $y = -ax + b$ (Ferreira *et al.*, 2021). Na Figura 02, o gráfico apresenta-se plenamente ajustado, o que valida estatisticamente o corpus analisado

Por meio da AFC (Figura 03) é possível analisar e comparar as modalidades delimitadas no *corpus*. Nessa técnica ocorre a associação entre textos com variáveis e, em uma representação gráfica dos dados, ajuda na visualização da proximidade entre classes ou palavras. Os textos próximos aos eixos e ao centro aparecem como mais significativos devido à sua localização no plano fatorial.

Figura 3 - Análise de especificidades e AFC

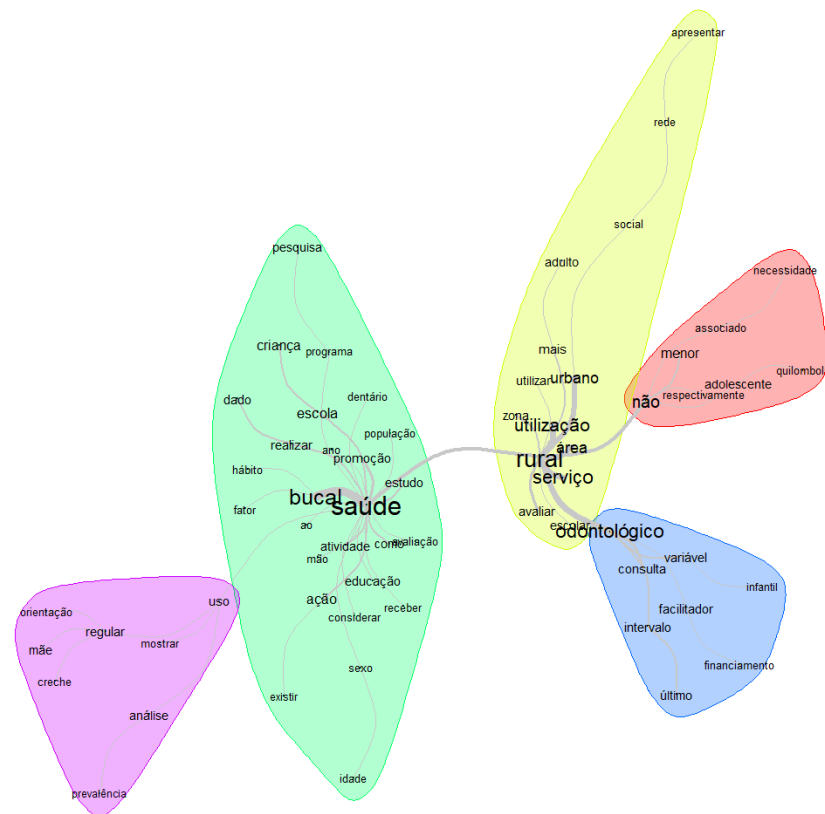


Fonte: Autoria própria.

Representados em um plano cartesiano (Figura 03), os 06 artigos selecionados foram associados, considerando a proximidade, representando-as em um plano cartesiano. Observa-se que os artigos 01, 02, 03 e 05 encontram-se no quadrante inferior direito, apresentando similaridade, enquanto o artigo 04 localiza-se na extremidade superior do quadrante direito e o 06 centralizado entre o quadrante superior e inferior do lado esquerdo.

Através da Análise de Similitude (Figura 04) pode-se gerar um grafo representando a conexão entre as palavras do *corpus* textual, sendo possível verificar a estrutura de construção do texto e os temas relevantes à pesquisa, mapeando os elementos centrais dos artigos. A análise das relações entre as palavras não fica contida à simples frequência destas no texto, mas contempla as relações que os elementos apresentam entre si.

Figura 4 - Análise de Similitude



Fonte: Autoria própria.

Também podem ser classificadas de “Árvore de Similitude” ou “Árvore de Semelhança”, caracterizadas por apresentar um desenho no formato de uma árvore e suas respectivas ramificações, nas quais o resultado mostra-se representado por uma interface de interação e comunicação entre as distintas partes envolvidas e suas conexões. A Análise de Similitudes demonstra quais são as raízes centrais de cada tema abordado e suas ramificações (Moyano; Angnes; Corrêa, 2020)

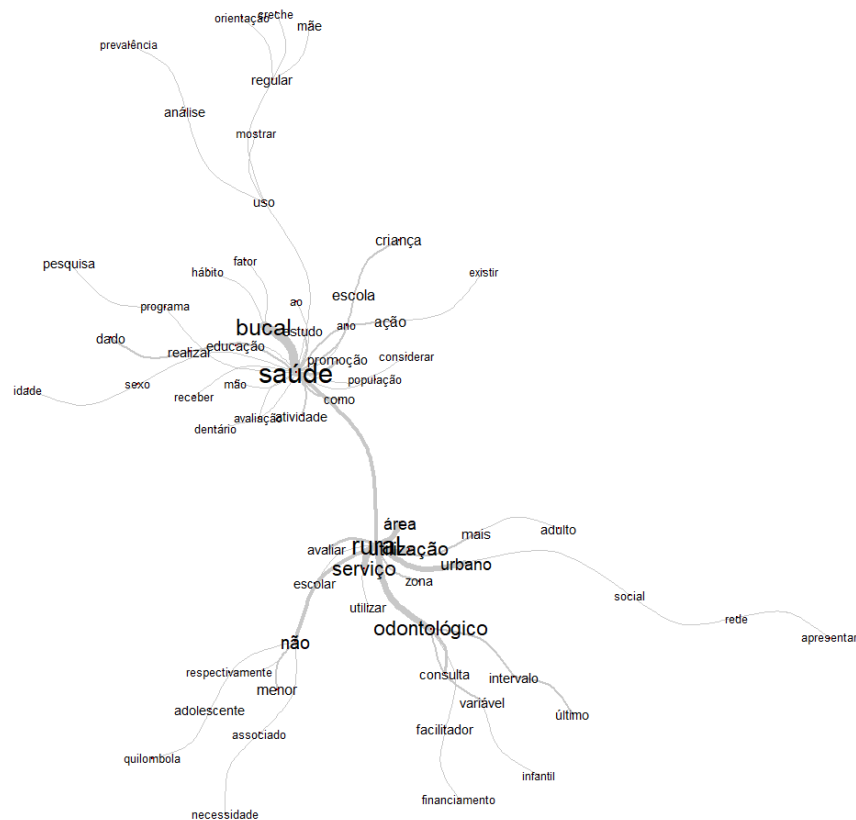
As Figuras 04 e 05 demonstram o mesmo resultado de Similitude, com a diferença de que na Figura 04 foi criado um halo colorido que agrupa as palavras similares em conjuntos de proximidade, facilitando a visualização desse agrupamento. A Figura 05 apresenta a mesma similitude, mas sem os respectivos halos de agrupamento

Na Árvore de Similitude da Figura 04, correspondente à apresentação com halos de agrupamento, é possível observar cinco halos, sendo o halo verde a raiz principal, com prevalência das palavras bucal e saúde. A partir dele irradia o halo lilás. Um halo amarelo

apresenta-se centralizada também, com predominância das palavras rural, serviço e utilização. Dele irradia um halo azul, destacando a palavra odontológico; e um halo vermelho.

A construção desses halos é importante na análise do conteúdo extraído a partir do processamento do Iramuteq, uma vez que ele permite visualizar o agrupamento, o modo que as palavras de maior frequência nos textos selecionados estão se relacionando, a forma como se agrupam e como esse grupo de palavras se conecta.

Figura 5 - Análise de similitude sem halos



Fonte: Autoria própria.

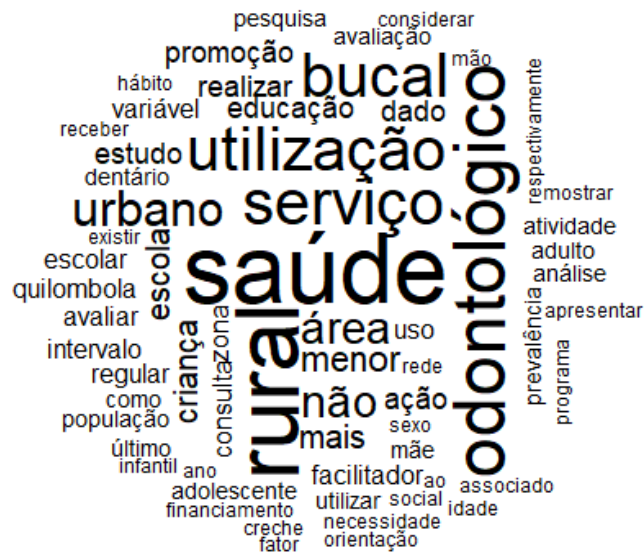
Na figura 05, estão as indicações de conexidade entre as palavras, sendo possível visualizar ainda a estrutura, núcleo central e sistema periférico, como um leque semântico das palavras mais frequentes: saúde, rural, odontológico, serviço e bucal.

Para uma análise mais simples, pode ser aplicada a nuvem de palavras (Figura 06), que representa uma visualização gráfica mais generalizada dos resultados e representa as palavras estruturadas em formato de nuvem, cujo tamanho irá indicar a relevância no *corpus* textual, em que, as mais frequentes ficam em posição centralizada no diagrama.

Visando a melhor disposição dos resultados, foi realizada uma filtragem no registro da frequência das palavras com maior recorrência de apresentação, selecionando somente aquelas

que apresentavam mais de 20 repetições para, desse modo, melhorar o aspecto classificatório em relação à expressão das mesmas nas suas concorrências e correlações ao longo dos textos analisados.

Figura 6 - Nuvem de palavras dos termos relacionados à educação em saúde e serviços odontológicos em zona rural



Fonte: Autoria própria.


Similarmente, na Figura 06 estão representados os dados expostos pela nuvem de palavras, verificando-se, por meio de uma representação gráfica, quais temas e palavras foram mais referenciados nos artigos selecionados para a *Scoping Review* realizada no presente estudo. Por meio de um arranjo aleatório, com tamanho crescente das palavras, observa-se uma alta frequência dos termos saúde, serviço, rural, utilização, bucal e odontológico, evidenciando os discursos predominantes dos artigos selecionados.

A palavra abordada com maior frequência está centralizada e conforme a distância do centro aumenta e o tamanho da fonte diminui, a frequência das palavras nos textos diminui proporcionalmente, servindo como um indicador visual sobre os temas que demandam maior atenção.

A Nuvem de Palavras reforça os resultados obtidos na Análise de Similitude, já que as duas evidenciam discursos semelhantes, comprovando o rigor estatístico e metodológico do software Iramuteq. Ambas foram realizadas com todo o rigor estatístico do software R e das análises feitas pelo Iramuteq.

Em consonância a esses achados, a Tabela 01 indica os termos centrais dos estudos selecionados, tendo a saúde (referida 27 vezes) como destaque. O segundo termo citado em maior proporção está diretamente relacionado à temática do estudo, como rural (24 vezes), casa (19 vezes), serviço (17 vezes), bucal (16 vezes) e utilização (16 vezes).

Figura 7 - Análise estatística de termos encontrados nos artigos

Forma	Freq. 	Tipos
saúde	27	nom
rural	24	adj
odontológico	19	adj
serviço	17	nom
bucal	16	adj
utilização	16	nom

Fonte: Autoria própria.

6 DISCUSSÃO

Etapa I

A unidade escolar exerce papel fundamental na educação em saúde para as crianças. Contudo o estudo de Kamath *et al.*, (2014) demonstrou que 99,3% dos alunos obtiveram orientações de higiene oral por meio de seus pais e 0,7% através dos avós, não havendo participação das escolas. Para os autores, deve haver parceria entre autoridades escolares, pais e assistência odontológica

Quanto aos responsáveis por propiciar esses métodos educativos, Angelopoulou *et al.*, (2015) acredita ser o professor a pessoa ideal, devido ao contato diário com os alunos e as habilidades de ensino que já possui. Contudo, os autores destacam que o treinamento prévio em saúde bucal é necessário. Para Dawani, Afaq Bilal (2013) os professores apresentam baixo conhecimento sobre as doenças bucais e a etiologia da cárie, necessitando de conhecimento adequado sobre saúde bucal para que as instruções às crianças não sejam comprometidas.

Amith, D'cruz e Shirahatti (2013) realizaram um para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática em relação à saúde bucal entre os professores da escola primária do governo rural de Mangalore, na Índia, observando que faltava conhecimento sobre saúde bucal a esses profissionais. Os autores acreditam ser essencial um programa de educação em saúde bucal voltado apenas para os professores.

Também na Índia, Sukhabogi, Shekar e Hameed (2014) realizaram um estudo com 300 professores da educação primária, a fim de verificar o conhecimento sobre saúde bucal, concluindo, ao final, que os mesmos não se sentiam motivados a serem modelos para as crianças em relação a manutenção da saúde oral. Todavia, por meio da formação regular para os professores, haveria melhora do sobre as doenças orais. Já treinados e motivados, eles poderiam exercer uma importante função na transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal entre as crianças em idade escolar. Ao serem modelos, os professores podem moldar atitudes e práticas entre as crianças que facilitam a promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças bucais. Isso contribuirá muito para a promoção da saúde e da saúde bucal da sociedade em geral.

Shinde, Shetiya, e Agarwal, (2023) também incluíram os professores em seu trabalho, que receberam orientações de antemão. Como resultado, de 25% que souberam responder corretamente sobre como limpar os dentes, houve um aumento para 62,5% no acompanhamento. Além disso, cerca de 75% dos professores acreditavam que a saúde da boca

e da dentição tinham impacto na saúde do corpo, porém, após o ensino em saúde bucal, todos passaram a ter esse entendimento.

Segundo Frazão e Marques, (2009) os agentes comunitários de saúde seriam essenciais para construir um relacionamento mais forte com a comunidade, o que ajuda as pessoas a abandonar velhas crenças e aprender novos valores. Em conformidade a isso, Shandya et al., (2014) acrescenta que os trabalhadores de atenção primária podem exercer função na promoção da saúde bucal da grande maioria da população rural, servindo como uma ferramenta valiosa para abordagens de promoção da saúde baseadas na população para alcançar a saúde para todos.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento e melhorar a atitude na educação em saúde, tem-se aplicado a aprendizagem experimental, em que a aprendizagem ocorre por meio da experiência (O'grady, Witteman & Wathen, 2008; Parmer, 2009).

Os autores Farias, Souza e Ferreira (2009) realizaram um estudo com 247 crianças de 09 a 15 anos, em que 132 participaram coo grupo experimental de um programa de educação em saúde bucal utilizando métodos participativos, sendo possível inferir que atividades educativas com métodos participativos com escolares são capazes de produzir efeitos positivos quando novas informações sobre saúde bucal são adquiridas. A pesquisa ainda concluiu que um programa educacional relacionado a higiene bucal pode motivar os escolares a manter os cuidados com a saúde bucal.

De forma similar, o trabalho de Angelopoulou *et al.*, (2015) demonstra que a aprendizagem por meio de experiencia, realizada em ambiente escolar, é um método educação em saúde bucal eficaz e induz à melhora da higiene bucal em crianças do ensino fundamental. Contudo, os autores ainda ressaltam a necessidade de que as atividades não ocorram uma única vez, mas que haja periodicidade, assim como sugerem Jürgensen e Petersen, (2013), que acreditam ser necessária para haver um impacto positivo no comportamento de saúde bucal.

As práticas de ensino que priorizam a experiência também se mostraram eficazes no trabalho de Devraj *et al.*, (2010), que utilizou metodologias ativas para alfabetização em saúde.

A manutenção da higiene oral ocorre através da escovação e métodos auxiliares, como o uso do fio dental. Kamath apenas 5,2% das crianças utilizavam, atribuindo esse resultado à falta de educação em saúde bucal e/ou custo dessas ajudas.

A educação em saúde bucal combinada com um programa quinzenal de bochechos com flúor e restaurações de ART, realizados na pesquisa de Shinde, Shetiya e Agarwal (2023), impediu a progressão das lesões de cárie.

Etapa II

O artigo 01 avalia de forma qualitativa o trabalho de cirurgiões-dentistas em equipes das Equipes de Saúde da Família (ESF) rurais da Paraíba, localizada na região Nordeste do Brasil. Em seus achados, os profissionais apontam realização de palestras com transmissão técnica de conhecimentos para a população, e não, o que seria recomendável, encontros educativos com a população como estratégia de traslado do conhecimento, como requerido pela PS.

Os cirurgiões-dentistas, abordados no estudo 01, relataram que suas palestras foram conduzidas à grupo de fumantes e de agricultores que não utilizam proteção solar. Os mesmos autores postulam que, em geral, para populações de zona urbana existe rede de apoio resolutiva na atenção secundária, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), enquanto em territórios rurais há desigualdade nas ofertas desses serviços. Para esse público, os CD realizam a indicação de serviços vinculados a instituições de ensino superior em municípios próximos, porém, sem nenhuma garantia de atendimento.

Os profissionais afirmam haver dificuldades na continuidade das ações coletivas, em parte pelas características do setor rural, como a distância geográfica, inacessibilidade em período chuvoso, dificuldade de transporte, ausência de água e carências socioeconômicas. Contudo, mesmo com esses obstáculos, foram identificadas ações de promoção a saúde bucal em atividades coletivas, visando a autonomia, empoderamento, autoestima e qualidade de vida dos indivíduos.

A promoção de saúde bucal pode ocorrer por diversos meios, inclusive em ambiente em escolar, que se tornou locus ativo propício disseminar e incentivar hábitos e práticas saudáveis, realizadas, em sua maioria, através de programas e ações de educação em saúde, como é o caso do Programa Saúde na Escola (PSE) (Ministério da Saúde, 2011). O artigo 02 verificou o alcance do PSE nas escolas do município de Vitória de Santo Antão-PE e verificou que o alcance do programa nas escolas rurais é caracterizado como “ruim” enquanto nas urbanas como “regular”. Esse resultado se dá, em parte, por obstáculos observados no artigo 01.

No estudo 04, a não utilização do fio dental foi mais prevalente em adolescentes que não tinham a rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água em seu domicílio. Esse resultado vai de encontro com as dificuldades comuns à ruralidade, encontrados nos estudos 01 e 02, incluindo acesso desigual à água fluoretada para a população rural, devido às barreiras geográficas.

Na análise de similitude os termos saúde, bucal, educação, ação, programa e promoção mantiveram-se em um eixo centralizado à distância do eixo que contém rural, serviço, utilizar, consulta e odontológico, representando a desigualdade de acesso a serviços odontológicos por parte da população rural quando comparados à que mora em zona urbana, conforme demonstram os artigos 01 e 02.

No tocante à educação em saúde bucal, o estudo 03 aplicou uma metodologia lúdica, baseada no ato de “brincar”, por meio de um *software* educativo denominado “Dentino” à escolares de uma zona rural. Baseada nessa metodologia, a pesquisa verificou o aumento da motivação em relação ao autocuidado da saúde bucal, refletindo até mesmo nas relações sociais. A disponibilização do *software* educativo ocorreu em ambiente escolar, contemplando o trabalho de Marin *et al.*, (2010), que constataram que alunos de zona rural motivados e supervisionados por professores em sua higiene oral sentiam-se mais entusiasmados em manter sua saúde bucal do que aqueles que não obtiveram tal benefício. Sendo assim, deve haver um esforço multidisciplinar para a aplicação de novas metodologias e formação contínua. Da mesma forma, o artigo 05 expõe que as estratégias de promoção da saúde estimulam ações nas comunidades e no ambiente escolar.

Apesar dos quilombolas serem considerados grupo étnico, o artigo 04 foi incluso nesse estudo por seus achados estarem em consonância aos critérios de inclusão. Em geral, a moradia de grupos quilombolas é predominantemente rural, como demonstra Bezerra *et al.*, (2014). Essas populações enfrentam desafios relacionados à região em que vivem, como baixa cobertura de abastecimento de água por rede geral de distribuição e de coleta regular de lixo, menor nível de escolaridade e renda familiar, assim como maiores obstáculos para obter acesso a serviços odontológicos, conforme elucida Silva *et al.*, (2017). Dessa forma, o artigo 04 descreve que é prática comum dos profissionais das equipes de saúde bucal realizarem atividades educativas com a população rural sobre a confecção do fio dental de forma artesanal (ráfia) utilizando sacos de linhagem, material de fácil acesso nas comunidades rurais e quilombolas.

Apesar da higiene bucal ser um componente da higiene corporal, é necessário que o indivíduo seja orientado, para realizá-la de forma adequada, conforme prevê a PNSB publicada em sua primeira versão no ano de 2004. Os autores do artigo 04 demonstraram que os aspectos familiares exercem papel crucial na influência dos hábitos de cuidados orais dos adolescentes rurais. Indicam ainda que as equipes de saúde bucal podem desenvolver atividades educativas dirigidas ao núcleo familiar, por meio de visitas domiciliares.

De forma similar, para os autores do artigo 05 os pais devem ser inclusos nessas atividades, assim como os profissionais de saúde ou professores, de modo a influenciar na mudança de comportamento necessária para elevar o índice de crianças que utilizam serviços odontológicos.

A busca por transformação de hábitos se estende a todas as faixas etárias, pois, conforme evidencia o artigo 06, a proporção de adultos que nunca visitaram um dentista foi maior na zona rural do que na urbana. Além disso, entre aqueles que utilizaram serviços odontológicos, o intervalo desde a última consulta odontológica foi maior entre os residentes da zona rural do que entre os da zona urbana. Esses achados reforçam a persistência de desigualdades na utilização de serviços odontológicos entre áreas rurais e urbanas entre adultos e idosos observadas em pesquisas anteriores realizadas no Brasil (Macinko; Lima Costa, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança de comportamentos ocorre de forma mais bem sucedida durante a infância e, por este motivo, as crianças são o público alvo mais trabalhado com ações preventivas para o controle da cárie dentária.

A promoção da saúde oral pode ser integrada facilmente a currículos escolares. Dessa forma, a escola pode ser um local propiciador às atividades promotoras de saúde bucal, com incentivo à dieta saudável, uso de água fluoretada e instalações para exercícios de escovação de dentes. Em algumas regiões, as escolas podem ser o único ambiente de acesso a serviços de saúde bucal.

As intervenções de promoção à saúde oral devem ser consideradas prioridade gestores da saúde pública, de maneira que os cuidados de saúde bucal sejam garantidos integralmente. É fundamental que sejam estabelecidos programas para melhorar a saúde bucal da população rural.

A educação em saúde bucal é essencial para a promoção de cuidados preventivos no meio rural, onde o acesso aos serviços de saúde odontológicos é limitado. Os dados sugerem que a promoção da educação em saúde melhora o autocuidado e a conscientização, prevenindo doenças bucais como cáries e doenças periodontais, que têm uma alta prevalência nessas áreas.

O estudo aponta a falta de acesso aos serviços de saúde e produtos de higiene bucal como um dos principais obstáculos enfrentados pela população rural. Além disso, a carência de profissionais especializados e a distância geográfica dificultam a implementação de programas de educação em saúde bucal de forma eficaz.

Esse estudo verificou lacunas referente à educação em saúde específica para a população rural no Brasil, sugerindo-se, dessa forma, a condução de novas pesquisas direcionadas a essa população. Os poucos estudos indicados indicam que as estratégias de educação devem ser adaptadas às características culturais e socioeconômicas dessas comunidades para serem eficazes. Isso reforça a necessidade de programas de educação que consideram as especificidades da população rural.

REFERÊNCIAS

- AQUILANTE, Aline Guerra; ACIOLE, Geovani Gurgel. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal-" Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 239-248, 2015.
- ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 203-216, 2006.
- BARRETO, Mauricio L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.
- BERKMAN, Nancy D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; DE SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, p. 1-8, 2016.
- CHANDREGOWDA, Kiran Y. et al. Assessment of Dental Caries Status and Oral Hygiene Practices among 6–10-year-old Rural and Urban Schoolchildren in South Bengaluru, Karnataka, India. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 13, n. 4, p. 348, 2020.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima; LIMA, Ana Maria Freire De Souza; PIMENTA, Rodolfo Macedo Cruz. **Atenção à Saúde Bucal: formação, saberes e práticas**. Pimenta Cultural, 2021.
- CRONIN, M. A.; GEORGE, E. The Why and How of the Integrative Review. **Organizational Research Methods**, v. 26, n. 1, p. 168–192, jan. 2023.
- DAMLE, Satyawan G. et al. Effectiveness of supervised toothbrushing and oral health education in improving oral hygiene status and practices of urban and rural school children: A comparative study. **Journal of international society of preventive and Community Dentistry**, v. 4, n. 3, p. 175-181, 2014.
- DICKSON-SWIFT V, et al. **Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools**. BMC Oral Health, 2014; 14: 148.
- DIVARIS, Kimon et al. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. **Health and quality of life outcomes**, v. 9, p. 1-9, 2011.
- FLEARY, Sasha A.; JOSEPH, Patrece; PAPPAGIANOPOULOS, Jessica E. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. **Journal of adolescence**, v. 62, p. 116-127, 2018.
- FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 4-7, 2019.

FRIIS, Karina et al. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. **BMJ open**, v. 6, n. 1, p. e009627, 2016.

HAUN, Jolie N. et al. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. **BMC health services research**, v. 15, p. 1-11, 2015.

HOLTZMAN, Jennifer S. et al. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 42, n. 3, p. 263-270, 2014.

JAIN, Mitali et al. Social and behavioral determinants for early childhood caries among preschool children in India. **Journal of dental research, dental clinics, dental prospects**, v. 9, n. 2, p. 115, 2015.

JAMIESON, Lisa M. et al. Oral health literacy comparisons between Indigenous Australians and American Indians. **Community dental health**, v. 30, n. 1, p. 52, 2013.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **Journal of dental research**, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015.

LEE, Jessica Y. et al. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. **American journal of public health**, v. 102, n. 5, p. 923-929, 2012.

MARIÑO, Rodrigo; ZAROR, Carlos. Economic evaluations in water-fluoridation: a scoping review. **BMC oral health**, v. 20, p. 1-12, 2020.

MAXOOD, ANSER. Dental caries status in 6-9 years old children. **Pak Oral Dent J**, v. 28, p. 107-12, 2008.

MCGRATH, C. Behavioral sciences in the promotion of oral health. **Journal of dental research**, v. 98, n. 13, p. 1418-1424, 2019.

MISKOLCI, Richard; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180353, 2019.

MILLER, Tricia A. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. **Patient education and counseling**, v. 99, n. 7, p. 1079-1086, 2016.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: Programa Brasil Sorridente. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2021.

MOREIRA, Taís C.; ARCARI, Janete M.; COUTINHO, Andreia O R.; e outros. **Saúde coletiva**. Porto Alegre: Grupo A, 2018. *E-book*. ISBN 9788595023895. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595023895/>.

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

- PETERSEN, Poul Erik; KWAN, Stella. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 39, n. 6, p. 481-487, 2011.
- PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 25 abr. 2023.
- PARTHASARATHY, Divya S. et al. Efficacy of instruments measuring oral health literacy: a systematic review. **Oral Health Prev Dent**, v. 12, n. 3, p. 201-7, 2014.
- PERES, Marco A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.
- PERES, Marco A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de saúde pública**, v. 28, p. s90-s100, 2012.
- SANDHYA, Muthyala Pavana et al. Effectiveness of oral health education among primary health care workers at the primary health center in Nellore district, Andhra Pradesh. **Journal of Indian Association of Public Health Dentistry**, v. 12, n. 2, p. 74-79, 2014.
- SANTOS, Kelve de Almeida. **Perda dentária: fatores associados e impacto na qualidade de vida de pessoas idosas residentes em zona rural**. 2024. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- SCHIAVO, Julie H. Oral health literacy in the dental office: the unrecognized patient risk factor. **American Dental Hygienists' Association**, v. 85, n. 4, p. 248-255, 2011.
- SILVESTRE, José Amilton Costa; DE AGUIAR, Andréa Silvia Walter; TEIXEIRA, Edson Holanda. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos Esp**, v. 2, pág. 28-39, 2013.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.
- STACEY, Dawn et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2017.
- SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 343-350, 2013.
- SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serviço Social & Sociedade**, p. 69-83, 2014.
- SORENSEN K, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 2012; 12: 80.

SOUZA, Jessé. A parte de baixo da sociedade brasileira. **Revista Interesse Nacional**, v. 14, n. 4, p. 33-41, 2011.

The World Bank. Washington (DC): Banco Mundial. 2022.

<https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2022/10/05/global-progress-in-reducing-extreme-poverty-grinds-to-a-halt>

WADE, Derick T.; HALLIGAN, Peter W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. **Clinical rehabilitation**, v. 31, n. 8, p. 995-1004, 2017.

WHO. World Health Organization. 2013. In: **Health literacy: the solid facts**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. World Health Organization. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. **Proceedings of the 7th Global Conference on Health Promotion**. Nairobi, Kenya, 2009. *Glob Health Promot*, 2010; 17(2): 3-95.

ANEXO A – ARTIGO 1

Educação em saúde oral para crianças residentes de comunidades rurais: uma revisão integrativa

Este artigo foi submetido à Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana (CAPES - Qualis A4) e está apresentado de acordo com as normas da revista (<https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/5122/3315>).

Resumo

Populações residentes de áreas rurais estão em maior vulnerabilidade quanto a saúde bucal quando comparadas as domiciliadas em ambientes urbanos, especialmente quando se trata de crianças. A manutenção da saúde oral pode ficar defasada devido ao pouco conhecimento que obtiveram em relação a higiene oral. Desse modo, esse trabalho tem como objetivo verificar quais estratégias de educação em saúde bucal são aplicadas em comunidades rurais para o público infantil. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura tendo como base a metodologia PRISMA. A estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados PUBMED, Scielo e Web of Science. Foram encontrados um total de 438 artigos que continha algum dos descritores selecionados. Após a avaliação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 66 artigos para a leitura, todavia 62 foram excluídos por não por não apresentar estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em comunidades rurais para o público infantil. Por fim, 04 estudos mostraram-se de acordo com o objetivo desta pesquisa. É de extrema relevância a interação entre educadores, profissionais de saúde e familiares nas estratégias de educação em saúde bucal, a fim de que seja um trabalho contínuo, integralizado e efetivo. Os métodos educativos devem ser idealizados considerando a faixa etária, priorizando-se abordagem por meio de metodologias que consigam efetivar o aprendizado da criança

Palavras-chave: Promoção da saúde; Saúde da população rural; Odontologia preventiva; Saúde bucal.

Abstract

Populations living in rural areas are more vulnerable in terms of oral health when compared to those living in urban environments, especially when it comes to children. The maintenance of oral health may be delayed due to the little knowledge they have obtained in relation to oral hygiene. Therefore, this work aims to verify which oral health education strategies are applied in rural communities for children. An integrative literature review was carried out based on the

PRISMA methodology. The search strategy was applied to the PUBMED, Scielo and Web of Science databases. A total of 438 articles were found that contained some of the selected descriptors. After evaluating the eligibility criteria, 66 articles were selected for reading, however 62 were excluded because they did not present oral health education strategies applied in rural communities for children. Finally, 04 studies were in line with the objective of this research. The interaction between educators, health professionals and family members in oral health education strategies is extremely important, so that it is a continuous, integrated and effective work. Educational methods must be designed considering the age group, prioritizing an approach through methodologies that can effect the child's learning

Keywords: Health promotion; Health of the rural population; Preventive dentistry; Oral health.

Resumen

Las poblaciones que viven en zonas rurales son más vulnerables en términos de salud bucal en comparación con las que viven en entornos urbanos, especialmente cuando se trata de niños. El mantenimiento de la salud bucal puede verse retrasado debido al poco conocimiento que han obtenido en relación a la higiene bucal. Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo verificar qué estrategias de educación en salud bucal se aplican en comunidades rurales para niños. Se realizó una revisión integrativa de la literatura basada en la metodología PRISMA. La estrategia de búsqueda se aplicó en las bases de datos PUBMED, Scielo y Web of Science. Se encontraron un total de 438 artículos que contenían alguno de los descriptores seleccionados. Después de evaluar los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 66 artículos para lectura, sin embargo 62 fueron excluidos por no presentar estrategias de educación en salud bucal aplicadas en comunidades rurales para niños. Finalmente, 04 estudios estuvieron en línea con el objetivo de esta investigación. La interacción entre educadores, profesionales de la salud y familiares en las estrategias de educación en salud bucal es de suma importancia, para que sea un trabajo continuo, integrado y eficaz. Los métodos educativos deben diseñarse considerando el grupo de edad, priorizando un abordaje a través de metodologías que puedan incidir en el aprendizaje del niño.

Palabras clave: Promoción de la salud; Salud de la población rural; Odontología preventiva; Salud bucal.

1. Introdução

A saúde bucal é um componente fundamental para a manutenção da saúde geral e bem-estar. As doenças orais podem influenciar no funcionamento de todo o sistema corporal, afetando alimentação, sono, o trabalho e a função social (Carminatti *et al.*, 2017)

A atuação da educação em saúde como processo político pedagógico necessita que se desenvolva um pensamento crítico e reflexivo, com a proposição de ações transformadoras, capazes de impulsionar o indivíduo à sua autonomia, tornando-o apto a decidir sobre sua saúde (Machado *et al.*, 2007).

Em 2004, a promoção e proteção da saúde foi adicionada como uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, sendo a educação em saúde entendida como um conjunto de ações que viabiliza a transformação de hábitos e incentiva a autonomia sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2004).

Nos últimos anos, a prevalência de cárie dentária em crianças de países desenvolvidos apresentou declínio, em parte por readequação do consumo de açúcar, melhora na prática de higiene, utilização de dentifrício fluoretado, acesso aos serviços de saúde bucal e desenvolvimento de programa preventivo escolar (Zhu *et al.*, 2003).

Todavia, em algumas regiões ainda é encontrado um alto índice de cárie dentária. Um estudo epidemiológico realizado na Grécia, sobre a saúde bucal de crianças de 12 anos de idade, demonstrou que 78,2% apresentavam higiene bucal média ou ruim. Esses resultados demonstram a necessidade de educar as crianças antes dos 12 anos de idade em questões de saúde bucal (Vadiakas *et al.*, 2012).

Dentro da prática odontológica, o processo educativo em saúde destaca os cuidados preventivos, reduzindo a busca por medidas curativas e, dessa forma, colaborando para que o indivíduo tenha maior qualidade de vida

Modelos tradicionais baseados em comunicação unilateral devem ser substituídos por práticas que promovem a discussão e reflexão, abordando conteúdos relacionados à saúde bucal de forma problematizada (Lemkuhl *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2010).

Uma abordagem mais participativa permite que haja interação entre os participantes e estimula a decisões autônomas relacionadas a saúde individual e coletiva. Programas educativos voltados para o público infantil exigem uma abordagem apropriada para a faixa etária, com o envolvimento lúdico e linguagem adequada, visando conquistar a atenção das crianças (Munguba *et al.*, 2010).

Quando realizados em ambiente escolar, os programas de educação em saúde podem beneficiar um amplo grupo de crianças, com baixo custo operacional (Gill *et al.*, 2009; Kwan

et al., 2005). A educação em saúde bucal aplicada na escola é eficaz para melhorar a higiene bucal, o conhecimento e o comportamento em saúde bucal (Gill *et al.*, 2009).

Populações residentes de áreas rurais estão em maior vulnerabilidade quanto a saúde bucal quando comparadas as domiciliadas em ambientes urbanos. A falta de acesso à água fluoretada, a profissionais de saúde e acesso mínimo a educação em saúde oral são fatores influentes a essa disparidade (Cha; Cohen, 2021).

Assim, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em assentamentos rurais para o público infantil.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional, com métodos que permitem a síntese do conhecimento através de uma ampla busca de fontes (Pereira *et al.*, 2018). A pergunta norteadora dessa revisão foi: quais as estratégias de educação em saúde bucal aplicadas em comunidades rurais para o público infantil?

A partir da delimitação do problema de pesquisa foi realizado o levantamento bibliográfico por meio dos sítios eletrônicos Scielo, Medline (via PubMed) e Web of Science via Portal Capes. Os descritores selecionados para o levantamento bibliográfico foram baseados nos termos disponíveis no cadastro dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MESH). Os descritores utilizados em português foram: “educação em saúde bucal” “saúde bucal” AND “população rural” AND “criança” e em inglês: “oral health education” “oral health” AND “rural population” AND “child”. O processo de busca foi organizado visando recuperar os estudos que contivessem pelo menos um dos termos de cada conceito. O operador AND foi aplicado com o objetivo de conectar os conceitos e refinar os resultados da pesquisa. O mesmo sistema de junção dos descritores também foi efetuado no idioma inglês. Não houve filtros com relação ao ano/período de publicação ou tipo de estudo.

Para a seleção dos estudos utilizou-se o protocolo PRISMA. Após o levantamento bibliográfico, foram excluídas as duplicidades e seguiu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos. Como critérios de elegibilidade para leitura dos artigos na íntegra foram considerados os artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem o tema de educação em saúde bucal para população rural em idades entre 5 a 13 anos. Trabalhos que tivessem seu estudo voltado para adultos ou para algum grupo étnico específico foram excluídos, juntamente com estudos sem acesso completo gratuito. Entre os artigos selecionados

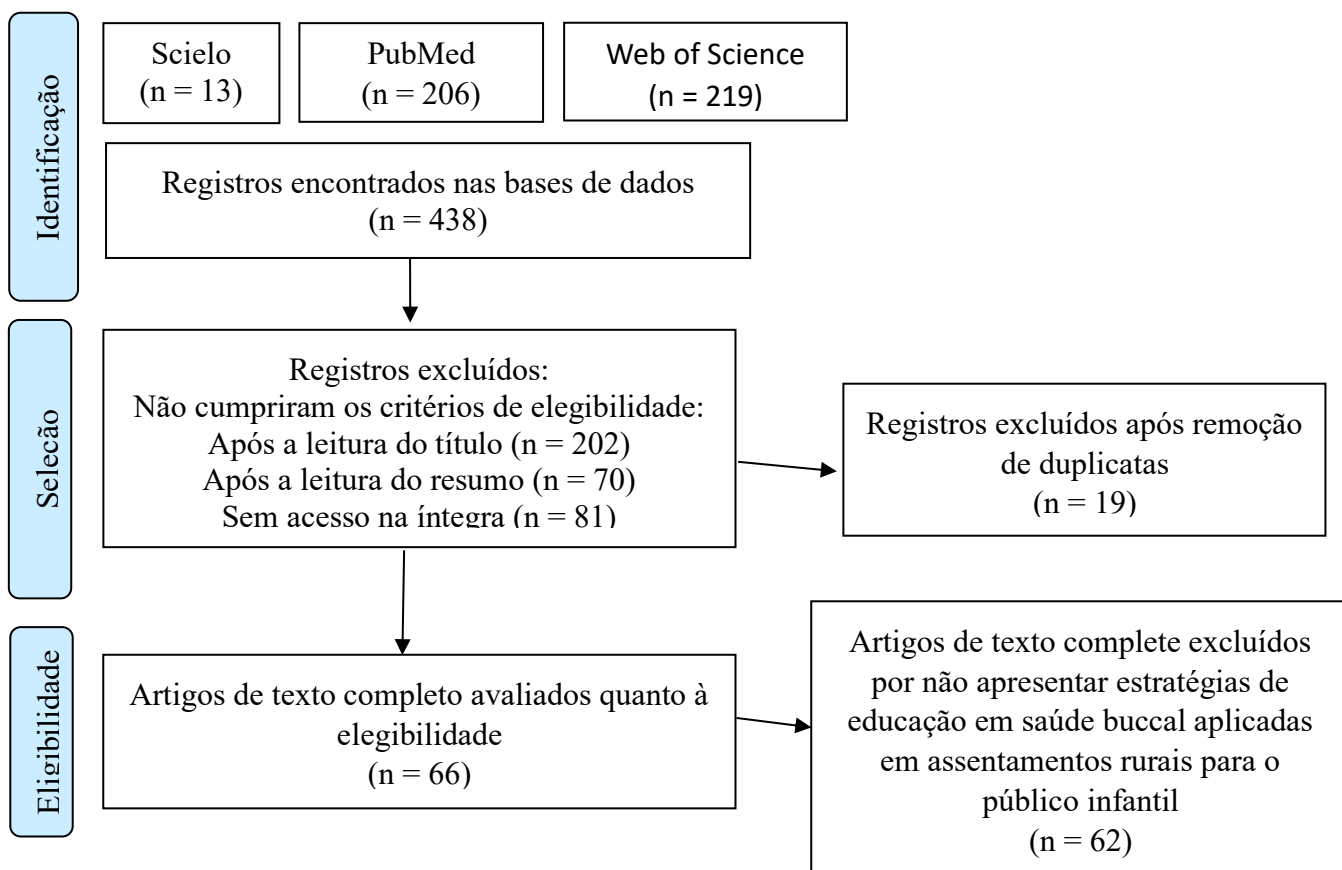
para leitura completa também foram incluídos aqueles para os quais a avaliação do título e do resumo foi insuficiente para verificar o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Por fim, foram definidos os artigos que integram esta revisão, os quais cumprem inequivocamente os critérios de elegibilidade e inclusão.

As informações extraídas para análise consideraram o título e a autoria do trabalho, o ano de publicação, o país onde o estudo foi realizado, a abordagem metodológica, os objetivos, as principais características da amostra, a tipologia e os instrumentos para mensurar a discriminação e os principais resultados. A análise dos dados extraídos dos artigos foi realizada por meio de processo comparativo, com o intuito de produzir uma síntese descritiva capaz de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão.

3. Resultados

Foram identificados 438 artigos através da estratégia de busca, sendo 13 na Scielo, 206 na PUBMED e 219 no Web of Science. Após a leitura dos títulos e resumos constatou-se que 272 não cumpriam os critérios de elegibilidade e foram excluídos, removendo-se as duplicidades e ainda 80 por não estarem integralmente acessíveis. Foram selecionados 66 artigos para a leitura completa, havendo a inclusão de apenas 04 na revisão. A amostra final desta revisão foi constituída por 04 artigos, estando o processo de seleção descrito na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.



Estudos incluídos nessa revisão
(n = 06)

Fonte: Adaptado de Page *et al.*, (2020).

Os achados deste trabalho foram descritos na Tabela 1, para comparação de autores, país, desenho do estudo e participantes.

Tabela 2. Dados comparativos dos estudos encontrados.

<i>Autores/ano</i>	<i>País</i>	<i>Desenho</i>	<i>Participantes (n, idade)</i>	
<i>Angelopoulou et al., (2015)</i>	Grécia	Ensaio clínico Prospectivo	184	10 anos
<i>Shinde, Shetiya & Agarwal, (2023)</i>	Índia	Intervencional Piloto	139	06 a 13 anos
<i>Bergeron, Talbot & Gaboury (2017)</i>	Peru	Avaliação Realista	80	09 a 13
<i>Bergeron, Talbot & Gaboury, Isabelle (2020)</i>	Peru	Avaliação Realista	08 grupos contendo de 04 a 10 participantes	Não informado

Fonte: Autoria própria.

Os países de aplicação dos estudos foram Grécia, Índia e Peru. O trabalho de Bergeron, Talbot e Gaboury (2017) foi realizado com crianças (n = 80) de 09 a 13 anos de idade, com a aplicação das atividades de promoção intersetorial da saúde bucal, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do país. No ano de 2020 os mesmos autores desenvolveram uma pesquisa envolvendo profissionais de saúde, professores, pais, gerentes de educação, gerentes de saúde e outras partes interessadas da comunidade, a fim de compreender os elementos contextuais e mecanismos subjacentes que explicam os resultados das atividades realizadas anteriormente com os escolares.

Na Tabela 2 foram descritos os principais objetivos de cada estudo e quais as atividades realizadas.

Tabela 2. Proposições e práticas realizadas nos estudos inclusos.

<i>Autores/Ano</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Atividade realizada</i>
--------------------	------------------	----------------------------

<i>Angelopoulou et al., (2015)</i>	Avaliar a eficácia da aprendizagem experimental (EL) ou da educação tradicional (TL) em saúde bucal baseada na melhoria do conhecimento, atitude e comportamento em saúde bucal, bem como higiene bucal, saúde gengival e cárie de 10 crianças de dois anos na Grécia.	Distribuição de escovas e cremes dentais, juntamente com a educação em saúde bucal e demonstração de técnicas de escovação e exercícios por meio do profissional de saúde
<i>Shinde, Shetiya, & Agarwal, (2023)</i>	Implementar e avaliar o programa participativo comunitário de promoção e prevenção da saúde bucal em crianças em idade escolar de uma população rural	recursos audiovisuais, como apresentações em power point sobre saúde bucal, ART, saúde gengival, enxaguatório bucal com flúor e etapas de preparação com reforço a cada 3 meses. Folhetos no idioma local sobre o mesmo foram distribuídos.
<i>Bergeron, Talbot & Gaboury (2017)</i>	Compreender o contexto e os mecanismos subjacentes associados com os efeitos atuais de promoção intersetorial da saúde bucal peruano entre escolares crianças que vivem em comunidades andinas rurais	2) formação em higiene oral e hábitos de alimentação relacionados à Higiene Oral; (2) Demonstrações de escovação dos dentes e uso do fio dental; (3) distribuição de escovas de dente e creme dental com flúor e (4) aplicação de flúor

		ou selantes nos dentes das crianças.
<i>Bergeron, Talbot & Gaboury, Isabelle (2020)</i>	entender os elementos contextuais e os mecanismos subjacentes que explicam os resultados promoção intersetorial da saúde bucal em escolares que vivem em comunidades andinas rurais remotas.	Entrevistas

Fonte: Autoria própria.

Todos os estudos são recentes, com primeira publicação no ano de 2015, por Angelopoulou et al., e a última no ano de 2023, de Shinde, Shetiya & Agarwal. Angelopoulou et al., (2015) realizou um trabalho com 184 crianças de 10 anos de idade, dividindo-as em grupo controle e grupo experimental. Para o grupo controle foram aplicados métodos de aprendizagem tradicional, enquanto que para o segundo grupo foram testadas atividades da aprendizagem experimental, que tem como foco o aprendizado através da experiência da criança.

4. Discussão

A unidade escolar exerce papel fundamental na educação em saúde para as crianças. Contudo o estudo de Kamath et al., (2014) demonstrou que 99,3% dos alunos obtiveram orientações de higiene oral por meio de seus pais e 0,7% através dos avós, não havendo participação das escolas. Para os autores, deve haver parceria entre autoridades escolares, pais e assistência odontológica

Quanto aos responsáveis por propiciar esses métodos educativos, Angelopoulou et al., (2015) acredita ser o professor a pessoa ideal, devido ao contato diário com os alunos e as habilidades de ensino que já possui. Contudo, os autores destacam que o treinamento prévio em saúde bucal é necessário. Para Dawani, Afaq Bilal (2013) os professores apresentam baixo conhecimento sobre as doenças bucais e a etiologia da cárie, necessitando de conhecimento adequado sobre saúde bucal para que as instruções às crianças não sejam comprometidas.

Amith, D'cruz e Shirahatti (2013) realizaram um para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática em relação à saúde bucal entre os professores da escola primária do governo rural de Mangalore, na Índia, observando que faltava conhecimento sobre saúde bucal a esses

profissionais. Os autores acreditam ser essencial um programa de educação em saúde bucal voltado apenas para os professores.

Também na Índia, Sukhabogi, Shekar e Hameed (2014) realizaram um estudo com 300 professores da educação primária, a fim de verificar o conhecimento sobre saúde bucal, concluindo, ao final, que os mesmos não se sentiam motivados a serem modelos para as crianças em relação a manutenção da saúde oral. Todavia, por meio da formação regular para os professores, haveria melhora do sobre as doenças orais. Já treinados e motivados, eles poderiam exercer uma importante função na transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal entre as crianças em idade escolar. Ao serem modelos, os professores podem moldar atitudes e práticas entre as crianças que facilitam a promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças bucais. Isso contribuirá muito para a promoção da saúde e da saúde bucal da sociedade em geral.

Shinde, Shetiya, e Agarwal, (2023) também incluíram os professores em seu trabalho, que receberam orientações de antemão. Como resultado, de 25% que souberam responder corretamente sobre como limpar os dentes, houve um aumento para 62,5% no acompanhamento. Além disso, cerca de 75% dos professores acreditavam que a saúde da boca e da dentição tinham impacto na saúde do corpo, porém, após o ensino em saúde bucal, todos passaram a ter esse entendimento.

Segundo Frazão e Marques, (2009) os agentes comunitários de saúde seriam essenciais para construir um relacionamento mais forte com a comunidade, o que ajuda as pessoas a abandonar velhas crenças e aprender novos valores. Em conformidade a isso, Shandya et al., (2014) acrescenta que os trabalhadores de atenção primária podem exercer função na promoção da saúde bucal da grande maioria da população rural, servindo como uma ferramenta valiosa para abordagens de promoção da saúde baseadas na população para alcançar a saúde para todos.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento e melhorar a atitude na educação em saúde, tem-se aplicado a aprendizagem experimental, em que a aprendizagem ocorre por meio da experiência (O'grady, Witteman & Wathen, 2008; Parmer, 2009).

Os autores Farias, Souza e Ferreira (2009) realizaram um estudo com 247 crianças de 09 a 15 anos, em que 132 participaram coo grupo experimental de um programa de educação em saúde bucal utilizando métodos participativos, sendo possível inferir que atividades educativas com métodos participativos com escolares são capazes de produzir efeitos positivos quando novas informações sobre saúde bucal são adquiridas. A pesquisa ainda concluiu que um

programa educacional relacionado a higiene bucal pode motivar os escolares a manter os cuidados com a saúde bucal.

De forma similar, o trabalho de Angelopoulou *et al.*, (2015) demonstra que a aprendizagem por meio de experiência, realizada em ambiente escolar, é um método educação em saúde bucal eficaz e induz à melhora da higiene bucal em crianças do ensino fundamental. Contudo, os autores ainda ressaltam a necessidade de que as atividades não ocorram uma única vez, mas que haja periodicidade, assim como sugerem Jürgensen e Petersen, (2013), que acreditam ser necessária para haver um impacto positivo no comportamento de saúde bucal.

As práticas de ensino que priorizam a experiência também se mostraram eficazes no trabalho de Devraj *et al.*, (2010), que utilizou metodologias ativas para alfabetização em saúde.

A manutenção da higiene oral ocorre através da escovação e métodos auxiliares, como o uso do fio dental. Kamath apenas 5,2% das crianças utilizavam, atribuindo esse resultado à falta de educação em saúde bucal e/ou custo dessas ajudas.

A educação em saúde bucal combinada com um programa quinzenal de bochechos com flúor e restaurações de ART, realizados na pesquisa de Shinde, Shetiya e Agarwal (2023), impediu a progressão das lesões de cárie.

4. Considerações finais

Os autores divergem quanto ao principal responsável pela promoção de saúde bucal de crianças, todavia, a grande maioria resalta a importância do professor, devido ao contato diário que mantem com os escolares. É de extrema relevância a interação entre educadores, profissionais de saúde e familiares nas estratégias de educação em saúde bucal, a fim de que seja um trabalho contínuo, integralizado e efetivo.

Os métodos educativos devem ser idealizados considerando a faixa etária, priorizando-se abordagem por meio de metodologias que consigam efetivar o aprendizado da criança, sendo indicação que técnicas tradicionais, sem diálogo e participação ativa devem ser evitadas.

É evidente a imensa lacuna que existe na literatura para trabalhos que envolvam educação em saúde voltada ao público infantil de comunidade rural, tornado urgente a construção de projetos de pesquisa voltados para essa temática, sobretudo no Brasil.

Referências

AMITH, H. V.; D'CRUZ, Audrey Madonna; SHIRAHATTI, Ravi V. Knowledge, attitude and practice regarding oral health among the rural government primary school teachers of Mangalore, India. **American Dental Hygienists' Association**, v. 87, n. 6, p. 362-369, 2013.

BERGERON, Dave A.; TALBOT, Lise R.; GABOURY, Isabelle. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. **BMJ open**, v. 7, n. 2, p. e014531, 2017.

BERGERON, Dave A.; TALBOT, Lise R.; GABOURY, Isabelle. Intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in remote rural Andean communities: a realist evaluation. **Global Health Promotion**, v. 27, n. 3, p. 103-112, 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde (MS). 2004.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm

BRASIL. Glossário. Brasília: Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. 2006.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf

CARMINATTI, Mônica et al. Impact of dental caries, malocclusion and oral habits on the oral health-related quality of life of preschool children. **Audiology-Communication Research**, v. 22, p. e1801, 2017.

Cha, A. E. & Cohen, R. A. (2021). Urban-rural Differences in Dental Care Use Among Adults Aged 18-64. NCHS Data Brief. (412): 1-8

Dawani, N., Afaq, A., & Bilal, S. (2013). Oral health knowledge, attitude and practices amongst teachers of public school set-up of Karach, Pakistan. *Journal of the Dow University of Health Sciences (JDUHS)*, 7(1), 15-19.

Devraj, R., Butler, L. M., Gupchup, G. V., & Poirier, T. I. (2010). Active-learning strategies to develop health literacy knowledge and skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), 137.

De Farias, I. A., de Araujo Souza, G. C., & Ferreira, M. Â. F. (2009). A health education program for Brazilian public schoolchildren: the effects on dental health practice and oral health awareness. *Journal of Public Health Dentistry*, 69(4), 225-230.

Ferreira, V. F., Rocha, G. O. R. D., Lopes, M. M. B., Santos, M. S. D., & Miranda, S. A. D. (2014). Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trabalho, educação e saúde*, 12, 363-378.

Frazão, P., & Marques, D. (2009). Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion. *Revista de saúde pública*, 43, 463-471.

Gill, P., Chestnutt, I. G., & Channing, D. (2009). Opportunities and challenges to promoting oral health in primary schools. *Community dental health*, 26(3), 188.

Jürgensen, N., & Petersen, P. E. (2013). Promoting oral health of children through schools—Results from a WHO global survey 2012. *Community Dent Health*, 30(4), 204-18.

Kamath, A., Bijle, M. N. A., Walimbe, H., & Patil, V. (2014). Oral hygiene awareness among school children of rural Mangalore. *Journal of Dental Research and Review*, 1(1), 7-9.

Kwan, S. Y., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 677-685..

Machado, M. D. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, 12, 335-342.

Munguba, M. C S. (2010). Educação na saúde-sobreposição de saberes ou interface?. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(4), 295-296.

Lemkuhl, I., Souza, M. V. C. D., Cascaes, A. M., & Bastos, J. L. (2015). A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 336-346.

O'Grady, L. A., Witteman, H., & Wathen, C. N. (2008). The experiential health information processing model: supporting collaborative web-based patient education. *BMC medical informatics and decision making*, 8, 1-8.

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *bmj*, 372.

Parmer, S. M., Salisbury-Glennon, J., Shannon, D., & Struempfer, B. (2009). School gardens: an experiential learning approach for a nutrition education program to increase fruit and vegetable knowledge, preference, and consumption among second-grade students. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(3), 212-217.

Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.

Silva, C. M. D. C., Meneghim, M. D. C., Pereira, A. C., & Mialhe, F. L. (2010). Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2539-2550.

Shinde, P., Shetiya, S. H., & Agarwal, D. (2023). Implementation and evaluation of community participatory oral health program in school children from select rural population in Deshmukhwadi, Pune district. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 21(1), 59-65.

Sukhabogi, J. R., Shekar, B. C., & Hameed, I. A. (2014). Knowledge, attitude and practices related to oral health among English and Telugu medium school teachers in two districts of Andhra Pradesh, India: A comparative study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 12(4), 306-311.

Vadiakas, G., Oulis, C. J., Tsinidou, K., Mamai-Homata, E., & Polychronopoulou, A. (2012). Oral hygiene and periodontal status of 12 and 15-year-old Greek adolescents. A national pathfinder survey. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 13, 11-20.

Zhu, L., Petersen, P. E., Wang, H. Y., Bian, J. Y., & Zhang, B. X. (2003). Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *International dental journal*, 53(5), 289-298.

ANEXO B - Ficha scoping de revisão

Descritor em português:	População Rural
Descritor em inglês:	Rural Population
Descritor em espanhol:	Población Rural Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Population rurale
Termo(s) alternativo(s):	Assentamento Rural Assentamentos Rurais Comunidade Mediana Comunidade Pequena Comunidade Rural Comunidades Medianas Comunidades Pequenas Comunidades Rurais Domicílio Rural Habitação Rural Pequenas Comunidades População Agrícola População Ribeirinha Populações Agrícolas Populações Rurais Residência Rural Residências Rurais
Código(s) hierárquico(s):	N01.600.725 SP3.522.561.500 SP4.707.368.780.510.346
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D012424
Nota de escopo:	1. Habitantes da área rural ou de pequenos municípios classificados como rurais. 2. Assentamento rural: Estabelecimento de indivíduos em áreas rurais, em geral desabitadas anteriormente. Inclui o estabelecimento de refugiados de outras localidades ou países. 3. Comunidade pequena e mediana: Designação para se referir a populações rurais.
Nota de indexação:	especifique geog: SAÚDE RURAL & SERVIÇOS DE SAÚDE RURAL estão disponíveis

MESH	<p>“Population, Rural” OR “Populations, Rural” OR “Rural Populations” OR “Rural Communities” OR “Communities, Rural” OR “Rural Residence” OR “Residence, Rural” OR “Rural Residences”</p>
------	---

Descritor em português:	Letramento em Saúde
Descritor em inglês:	Health Literacy
Descritor em espanhol:	Alfabetización en Salud Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Compétence informationnelle en santé
Termo(s) alternativo(s):	Cultura em Saúde Cultura sobre Saúde
Código(s) hierárquico(s):	I02.233.332.186.500 L01.143.450.500 N02.421.726.407.229.500
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D057220
Nota de escopo:	Grau de capacidade que indivíduos têm de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos sobre saúde, necessário para tomar decisões apropriadas em saúde.

MESH	<p>“Health Literacy” OR “Literacy, Health”</p>
------	--

Descritor em português:	Educação em Saúde
Descritor em inglês:	Health Education
Descritor em espanhol:	Educación en Salud Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Éducation pour la santé
Termo(s) alternativo(s):	Educar para a Saúde Educação Sanitária Educação para a Saúde Educação para a Saúde Comunitária
Código(s) hierárquico(s):	I02.233.332 N02.421.726.407
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D006266
Nota de escopo:	A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.
Nota de indexação:	educação do público em geral ou de indivíduos; educação dos pacientes dentro & fora do hospital = EDUCAÇÃO DE PACIENTES COMO ASSUNTO

MESH	<ul style="list-style-type: none"> “Education, Health” OR “Community Health Education” OR “Education, Community Health” OR “Health Education, Community”
------	---

Descritor em português:	Promoção da Saúde
Descritor em inglês:	Health Promotion
Descritor em espanhol:	Promoción de la Salud Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Promotion de la santé
Termo(s) alternativo(s):	Ambientes Apoiadores de Saúde Ambientes de Apoio à Saúde Campanhas de Saúde Item Promocional Itens Promocionais Programas de Bem-Estar Promoção de Saúde Promoção do Bem Estar Promoção em Saúde
Código(s) hierárquico(s):	I02.233.332.445 N02.421.726.407.579 SP2.840.385.522 VS1.001.004.001
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D006293
Nota de escopo:	Incentivar os comportamentos do consumidor com maior probabilidade de otimizar os potenciais de saúde (físico e psicossocial) por meio de informações de saúde, programas preventivos e acesso aos cuidados médicos.

MESH	<p>“Health Promotion” OR “Promotion, Health” OR “Health Campaigns” OR “Campaign, Health” OR “Campaigns, Health” OR “Health Campaign”</p>
------	---

Descritor em português:	Saúde Bucal
Descritor em inglês:	Oral Health
Descritor em espanhol:	Salud Bucal Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Santé buccodentaire
Código(s) hierárquico(s):	N01.400.535 SP2.770.700
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D009909
Nota de escopo:	1) Estado ótimo da boca e funcionamento normal dos órgãos da boca sem evidência de doença. 2) Conjunto de condições biológicas e psicológicas que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatómica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.
Nota de indexação:	não confunda com HIGIENE BUCAL ; saúde bucal é o estado de saúde da boca, boa ou má

MESH	<p>“Health Promotion” OR “Promotion, Health” OR “Health Campaigns” OR “Campaign, Health” OR “Campaigns, Health” OR “Health Campaign”</p>
------	---

Descritor em português:	Brasil
Descritor em inglês:	Brazil
Descritor em espanhol:	Brasil Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Bésil
Código(s) hierárquico(s):	Z01.107.757.176
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D001938
Nota de escopo:	(1)País localizado na costa leste da América do Sul, entre a Colômbia e o Peru, que faz fronteira com o Oceano Atlântico. É delimitado ao norte pela Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa; ao sul pelo Uruguai; e a oeste pela Argentina. Sua capital é Brasília. (2)A República Federativa do Brasil é formada por 5 regiões (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul), 26 Estados e o Distrito Federal (Brasília). É o quinto país do mundo em área total e o maior da América do Sul.

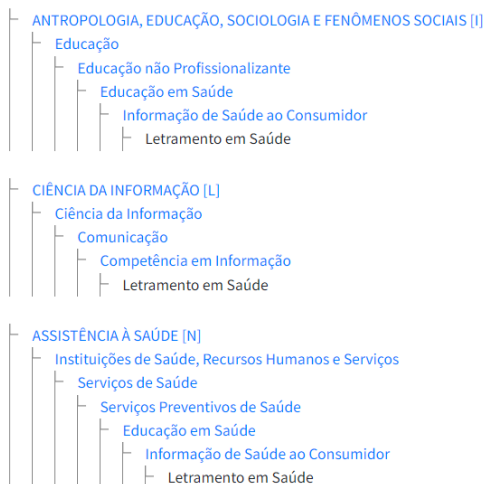
MESH	“Health Promotion” OR “Promotion, Health” OR “Health Campaigns” OR “Campaign, Health” OR “Campaigns, Health” OR “Health Campaign”
------	--

MESH	“Oral Health”
------	----------------------

Descritor em português:	Educação em Saúde Bucal
Descritor em inglês:	Health Education, Dental
Descritor em espanhol:	Educación en Salud Dental Espanhol da Espanha ▼
Descritor em francês:	Éducation en santé dentaire
Código(s) hierárquico(s):	I02.233.332.374 N02.421.726.407.457 N06.890.410
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D006267
Nota de escopo:	Educação que [permite] aumentar a consciência, influenciando favoravelmente as atitudes e o conhecimento relativos à melhora da saúde dental (em termos individuais e comunitários).

MESH	“Health Education, Dental” OR “Education, Dental Health”
------	---

Hierarquia



Letramento em Saúde / Alfabetización en Salud / Health Literacy

Grau de capacidade que indivíduos têm de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos sobre saúde, necessário para tomar decisões apropriadas em saúde.

Sinônimos:

- Cultura em Saúde
- Cultura sobre Saúde

Categorias:

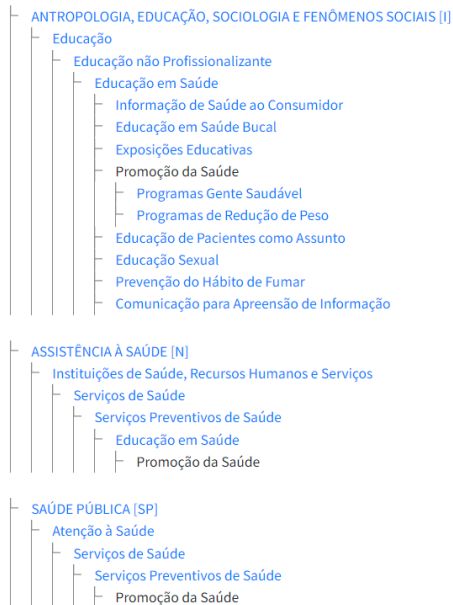
- I02.233.332.186.500
- L01.143.450.500
- N02.421.726.407.229.500

Relacionados:

- Educação de Pacientes como Assunto
- Informação de Saúde ao Consumidor

Restringir a pesquisa por estes aspectos:

Hierarquia



Promoção da Saúde / Promoción de la Salud / Health Promotion

Incentivar os comportamentos do consumidor com maior probabilidade de otimizar os potenciais de saúde (físico e psicossocial) por meio de informações de saúde, programas preventivos e acesso aos cuidados médicos.

Sinônimos:

- Promoção em Saúde
- Promoção de Saúde
- Itens Promocionais
- Item Promocional
- Programas de Bem-Estar
- Promoção do Bem Estar
- Campanhas de Saúde
- Ambientes de Apoio à Saúde
- Ambientes Apoiadores de Saúde

Categorias:

- I02.233.332.445
- N02.421.726.407.579
- SP2.840.385.522
- VS1.001.004.001

Relacionados:

- Comportamentos Relacionados com a Saúde

Hierarquia



Zona Rural / Medio Rural / Rural Areas

Apoiam-se numa multiplicidade de critérios, não existindo em muitos casos uma definição oficial. As tipologias mais comuns baseiam-se fundamentalmente em critérios quantitativos - densidade populacional, dimensão dos lugares e emprego agrícola - sendo em alguns casos considerada a utilização dos solos e outros indicadores de natureza económica e social. Em vários casos, rural é o espaço residual não urbano. (Fonte: http://www.leader.pt/PDF/pne_5_2_04/PNE_5_2_04_1_1.pdf)

Sinônimos:

- Área Rural
- Áreas Rurais
- Espaço Rural
- Meio Rural
- Zonas Rurais

Categorias:

- SP3.311.300.705
- SP4.707.368.780.950

Relacionados:

- População Rural
- Planejamento Social
- Saneamento Rural
- Planejamento Rural

Hierarquia



Brasil / Brasil / Brazil

(1)País localizado na costa leste da América do Sul, entre a Colômbia e o Peru, que faz fronteira com o Oceano Atlântico. É delimitado ao norte pela Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa; ao sul pelo Uruguai; e a oeste pela Argentina. Sua capital é Brasília. (2)A República Federativa do Brasil é formada por 5 regiões (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul), 26 Estados e o Distrito Federal (Brasília). É o quinto país do mundo em área total e o maior da América do Sul.

Categorias:

- Z01.107.757.176

Restringir a pesquisa por estes aspectos:

- etnologia epidemiologia

BASES DE DADOS

Base de dados	Estratégia de busca	Nº de artigos
PUBMED	(((((("Rural Population"[Mesh]) AND "Health Literacy"[Mesh]) OR "Health Education"[Mesh])) OR "Health Promotion"[Mesh]) AND "Oral Health"[Mesh]) OR "Health Education, Dental"[Mesh] AND "Brazil"[Mesh])	140
MEDLINE (66) BBO - Odontologia (10) LILACS (10) WPRIM (Pacífico Ocidental) (4) Através da biblioteca virtual em saúde	(Letramento em Saúde) AND (Educação em saúde) AND (saúde bucal) AND (Educação em saúde bucal) AND (População rural) OR (Zona Rural)	84
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (health AND literacy) OR TITLE-ABS-KEY (health AND education) OR TITLE-ABS-KEY (educational AND actions) AND TITLE-ABS-KEY (health AND dental) OR ALL (health AND education, AND dental) AND ALL (rural AND population)	193

	OR ALL (rural AND areas)) AND (LIMIT- TO (AFFILCOUNTRY , "Brazil"))	
Web of science	(((Health Literacy)) AND (Health Education)) AND (Health Education, Dental)) OR (Educational Actions) AND (Health Dental) AND (Rural areas) AND (Brazil)	594

ANEXO C – ARTIGO 2
IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NOS DESFECHOS
ODONTOLÓGICOS DE POPULAÇÕES RURAIS NO BRASIL

Resumo

A promoção da saúde estimula a capacitação e autonomia do indivíduo sobre o seu processo saúde-doença, envolvendo ações com foco na mudança dos determinantes sociais da saúde. Quando se trata de saúde bucal, além de parâmetros como alimentação saudável, higiene e autocuidado com o corpo, também devem ser avaliadas as diferenças sociais e individualidades culturais. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser trabalhados de forma pedagógica, integrados às demais áreas. Trata-se de uma *scoping review* da literatura, em que foi empregado o protocolo elaborado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews*. Foi utilizado o software LibreOffice *writer* para formar o *corpus* textual, que posteriormente foi analisado com o auxílio do *software* IRaMuTeQ. Foram encontrados 1.011 estudos e cadastrados no software Mendeley. Seguiu-se com a identificação e exclusão dos 42 artigos duplicados entre as bases, restando 969 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 707 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão. Permaneceram na seleção 47 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes, 41 foram excluídos por não estarem disponíveis de forma integral ou não terem sido realizados no Brasil, assim como os estudos que não direcionados à população rural. A seleção final foi composta por 06 estudos, com abordagem de diferentes faixas etárias. Por meio dessa pesquisa, verificou-se a imensa lacuna existente em estudos voltadas para a educação em saúde bucal da população rural brasileira. Dessa forma, torna-se emergente a construção de pesquisas voltadas para esse público.

Palavras-chave: Educação em saúde; Letramento em saúde; Saúde Bucal; Educação em Saúde Bucal; População Rural;

Abstract

Health promotion encourages the individual's empowerment and autonomy over their health-disease process, involving actions focused on changing the social determinants of health. When it comes to oral health, in addition to parameters such as healthy eating, hygiene and self-care for the body, social differences and cultural individualities must also be evaluated. Oral health

education content must be worked on in a pedagogical way, integrated with other areas. This is a scoping review of the literature, in which the protocol developed by the Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping reviews was used. The LibreOffice writer software was used to form the textual corpus, which was later analyzed with the help of the IRaMuTeQ software. 1,011 studies were found and registered in the Mendeley software. The 42 duplicate articles between the databases were identified and excluded, leaving 969 studies. After reading the titles and abstracts, 707 were excluded because they did not present elements that met the objective of this review. 47 articles remained in the selection, which were read in full. Of these, 41 were excluded because they were not available in full or had not been carried out in Brazil, as well as studies that were not aimed at the rural population. The final selection was made up of 6 studies, covering different age groups. Through this research, the immense gap in studies focused on oral health education for the Brazilian rural population was verified. In this way, the construction of research aimed at this audience becomes emerging.

Keywords: Health education; Health literacy; Oral Health; Oral Health Education; Rural Population.

Introdução

Durante muito tempo, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. A população brasileira tinha acesso limitado a conteúdos relacionados à saúde bucal (Ministério da Saúde, 2022). A partir da consolidação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, no ano de 2004, iniciou-se o incentivo à promoção de saúde bucal, por meio da Educação em Saúde, desenvolvida através de ações que permitem ao indivíduo adquirir conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal e, assim, modificar hábitos prejudiciais (Ministério da Saúde, 2004).

A promoção da saúde estimula a capacitação e autonomia do indivíduo sobre o seu processo saúde-doença, envolvendo ações com foco na mudança dos determinantes sociais da saúde, envolvendo aspectos econômicos, sociais, culturas, políticos e ambientais (Nutbeam; Muscat, 2021). Quando se trata de saúde bucal, além de parâmetros como alimentação saudável, higiene e autocuidado com o corpo, também devem ser avaliadas as diferenças sociais e individualidades culturais, tendo em vista que a regionalidade da moradia se caracteriza como potencial fator determinante nos cuidados em saúde (Ministério da Saúde, 2004; Abreu *et al.*, 2021).

As ações de promoção e proteção à saúde foram adotadas como eixos orientadores da Política Nacional de Saúde Bucal publicada no ano de 2010, incluindo, em parte, a “educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor”. No desenvolvimento dessas ações devem ser abordados fatores de risco ou de proteção, como a redução de açúcares através da alimentação saudável e estímulo ao autocuidado com a higiene oral (Brasil, 2012).

Dessa forma, conforme a constatação de que a relação entre diferentes condições de saúde e determinantes individuais são influenciados pelo contexto, em que os indivíduos estão inseridos, é evidenciado que o surgimento da cárie dentária está atrelado a múltiplos fatores (Vicente *et al.*, 2008; Mathur; Dhillon, 2018), tais como consumo de carboidratos fermentáveis e higienização oral deficiente, baseados nos conhecimentos que o sujeito possui (De Sousa Porcelli *et al.*, 2016). Nesse sentido, as ações aplicadas para manejo não devem acontecer de forma isolada (Martignon *et al.*, 2021).

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser trabalhados de forma pedagógica, integrados às demais áreas, na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. De forma complementar, a lei federal nº 9394/96, possibilita que esses conteúdos educativos em saúde sejam estruturados no espaço escolar, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Os indivíduos que residem em comunidades socialmente desfavorecidas, como áreas rurais, têm menos acesso aos serviços de saúde e pior estado de saúde do que aquelas de comunidades em melhor situação (Sibley; Weiner, 2011; Montgomery *et al.*, 2014). As populações rurais também podem ter uma saúde bucal pior e acesso limitado a cuidados odontológicos (Barnett *et al.*, 2016; Gaber *et al.*, 2018). A taxa de atendimento odontológico por pessoas que vivem em áreas rurais é menor e são mais propensas a adiar consultas odontológicas devido a restrições financeiras. Além disso, procurar atendimento apenas em caso de emergência é mais comum nas comunidades rurais (De Marchi *et al.*, 2012; Heaton; Smith; Raybould, 2004). Baseado nisso, esse estudo visa verificar o impacto da educação em saúde nos cuidados odontológicos de indivíduos que residem em zona rural.

Métodos

Para esta revisão foi empregado o protocolo elaborado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews* (AROMATARIS E., MUNN Z), estruturado em nove etapas. Também foi utilizado o *checklist* PRISMA-ScR (Tricco *et al.*, 2018), uma vez que este alinhamento proporciona maior clareza, rigor e credibilidade nos processos de revisão de escopo (Munn *et al.*, 2019).

O protocolo foi registrado no *Open Science Framework* (OSF registries - <https://osf.io/n95wy>) e detalhado conforme os itens do *template for scoping review protocols* (Joanna Briggs Institute, 2020).

Pergunta de revisão

A questão norteadora desta revisão foi elaborada de acordo com a estratégia PCC, que considera aspectos da população, conceito e contexto do objeto a ser pesquisado: População (residentes de zona rural), Conceito (educação em saúde) e Contexto (cuidados odontológicos). Por conseguinte, a questão de revisão foi elaborada da seguinte forma: qual o impacto da educação em saúde nos cuidados odontológicos de indivíduos que residem em zona rural?

Critérios de elegibilidade

A composição dessa revisão se deu por meio de estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão alinhados à estratégia PCC delineada na questão de revisão (Tabela 01). Dessa maneira, a intenção é aprimorar o rigor metodológico e minimizar possíveis vieses.

Tabela 01 - Critérios de inclusão e exclusão conforme estratégia PPC.

POPULAÇÃO	Inclusão: estudos que envolvam pessoas que residam em zona rural
	Exclusão: estudos que envolvam apenas pessoas residentes de zona urbana, indígenas ou ribeirinhas
CONCEITO	Inclusão: estudos que apresentem técnicas relacionadas à educação em saúde que promovam a capacidade do indivíduo em adquirir, processar e aplicar as informações sobre saúde para utilizar os serviços odontológicos
	Exclusão: estudos que envolvam abordagens não interativas à pessoas de zona rural.
CONTEXTO	Inclusão: estudos que envolvam aspectos relacionados à saúde oral aplicados a residentes de zona rural.
	Exclusão: estudos que não envolvam apenas avaliação epidemiológica sem conexão à educação em saúde.
TIPOS DE FONTE DE EVIDÊNCIA	Inclusão: estudos brasileiros com qualquer delineamento, sponibilizados integralmente, sem restrição quanto à idioma e recorte temporal.
	Exclusão: ensaios teóricos, editoriais, trabalho de conclusão de curso e revisão integrativa de literatura.

Fonte: Adaptado de Costa *et al.*, 2022.

Estratégia de busca

Para a identificação e seleção dos trabalhos a serem incluídos nesse estudo, foram consideradas as seguintes bases de dados: *Medline*, BBO – Odontologia, LILACS e WPRIM (Pacífico Ocidental) via Biblioteca Virtual em Saúde, *PubMed*; *Web of Scienc e Scopus*.

Inicialmente, a pesquisa iniciou por meio da consulta nos cabeçalhos de assuntos médicos da *Medline* (MESH) e descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Visando ampliar os resultados de busca, os operadores booleanos AND e OR foram combinados para cada plataforma de dados. Para a base de dados *PubMed* foi aplicada a estratégia de busca (((((((("Rural Population"[Mesh]) AND "Health Literacy"[Mesh]) OR "Health Education"[Mesh])) OR "Health Promotion"[Mesh]) AND "Oral Health"[Mesh]) OR "Health Education, Dental"[Mesh] AND "Brazil"[Mesh])). Na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) aplicaram-se os descritores em português (Letramento em Saúde) AND (Educação em saúde) AND (saúde bucal) AND (Educação em saúde bucal) AND (População rural) OR (Zona Rural), enquanto que para a *Scopus* aplicou-se a estratégia (TITLE-ABS-KEY (health AND literacy) OR TITLE-ABS-KEY (health AND education) OR TITLE-ABS-KEY (educational AND actions) AND TITLE-ABS-KEY (health AND dental) OR ALL (health AND education, AND dental) AND ALL (rural AND population) OR ALL (rural AND areas)) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Brazil")) e (((Health Literacy)) AND (Health Education)) AND (Health

Education, Dental)) OR (Educational Actions) AND (Health Dental) AND (Rural areas) AND (Brazil) para a *Web of Science*.

Seleção de estudos nas fontes de evidência

Para selecionar os estudos utilizou-se o sistema de gerenciamento de referências Mendeley, que armazenou os arquivos. Através desse sistema é possível eliminar os artigos que estão duplicados. De forma preliminar, os títulos e resumos dos estudos encontrados foram lidos e, após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, aceitos ou rejeitados. Em seguida, os estudos resultantes e que estão disponibilizados integralmente tiveram a sua leitura completa realizada. Por fim, trabalhos selecionados terão a extração dos dados realizada.

Foi aplicado um diagrama subdividido em identificação, triagem, elegibilidade e textos incluídos para revisão para expor os resultados.

Extração dos dados

Utilizou-se um formulário elaborado especificamente para essa etapa que serviu de base para referências confeccionadas no Mendeley, transferidas previamente para uma planilha do programa Microsoft Excel.

Análise e apresentação dos dados

Para transcrever as conclusões da literatura encontrada, aplicou-se o software LibreOffice *writer* e, após organizar e ajustar grafia e os caracteres especiais, formou um *corpus* textual a ser analisado com o auxílio do *software* IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2. Este é um software gratuito e com fonte aberta, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, assim como tabelas e planilhas (Camargo; Justo, 2013).

O software oferece diversas funcionalidades, sendo que a análise de similitude foi empregada, uma vez que representa uma maneira de organizar os resultados textuais, levando em consideração a coocorrência das palavras no *corpus* e o nível de conexão entre elas. Isso permite esclarecer os caminhos semânticos relacionados à estrutura de representação do material analisado e facilita a compreensão global do fenômeno em estudo. Desse modo, busca-se integrar as descobertas apresentadas nos quadros ou tabelas com os conteúdos destacados nas pesquisas, com o objetivo de esclarecer a questão proposta na revisão.

Estima-se que os dados da *scoping review*, conduzida por este protocolo, revelem a influência da educação em saúde nos desfechos odontológicos de indivíduos que residem em

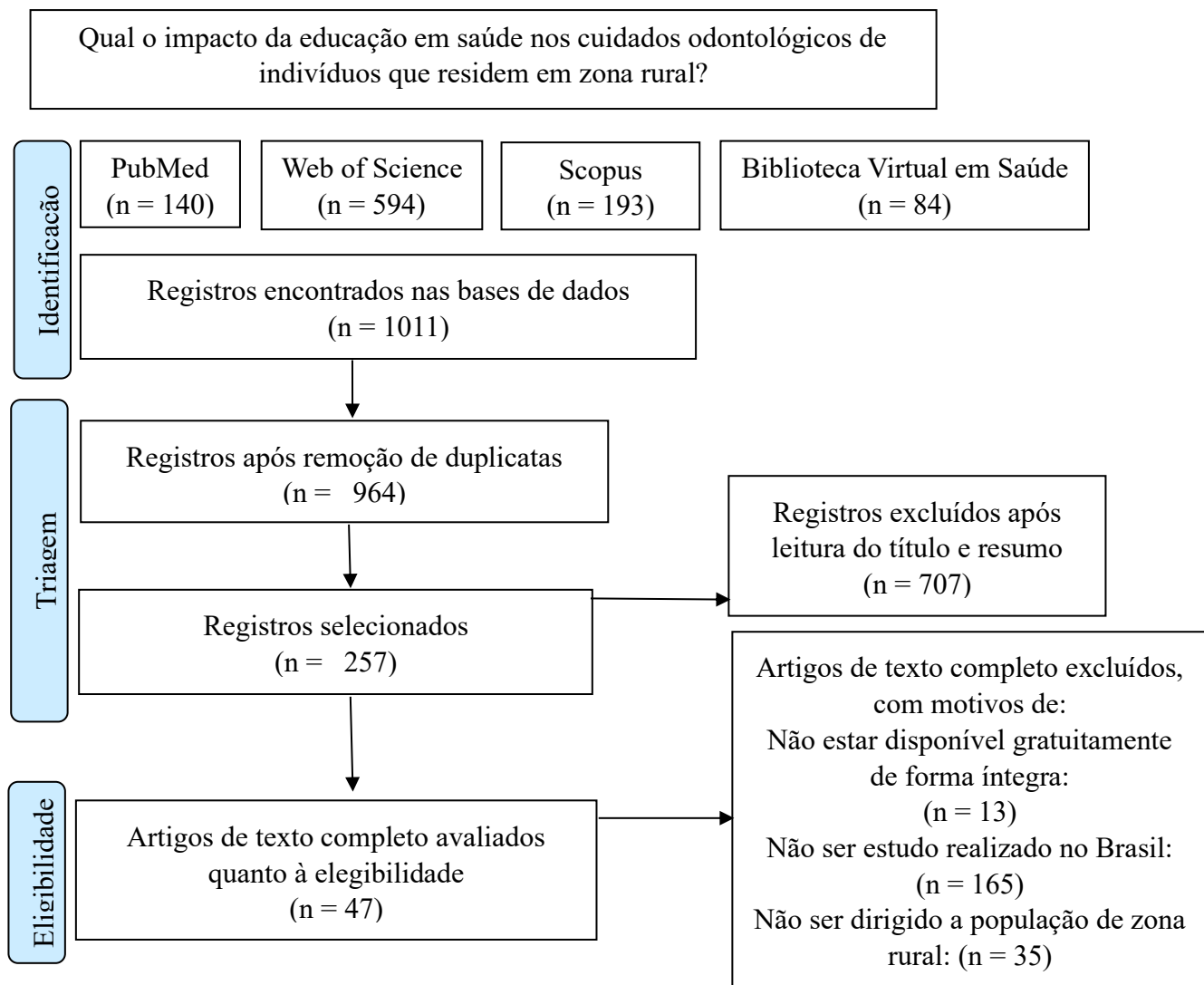
áreas rurais, auxiliando na identificação das necessidades de aprofundamento em futuras pesquisas que analisem intervenções para aprimorar essas práticas no cotidiano da população estudada.

Resultados

Foram encontrados 1.011 estudos e cadastrados no software Mendeley. Seguiu-se com a identificação e exclusão dos 42 artigos duplicados entre as bases, restando 969 estudos (Figura 1). Destes, após leitura dos títulos e resumos, 707 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão. Ressalta-se aqui que, quando a relevância de um estudo não era clara a partir do resumo, o artigo completo era recuperado para a sua leitura na íntegra pelo primeiro autor para verificar se eles abordavam adequadamente a questão de pesquisa.

Permaneceram na seleção 47 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes, 41 foram excluídos por não estarem disponíveis de forma integral ou não terem sido realizados no Brasil, assim como os estudos que não direcionados à população rural.

Figura 8 - Esboço da coleta de dados



Estudos incluídos em síntese qualitativa
(n = 06)

Fonte: Adaptado de Moher *et al.*, 2010.

O Quadro 1 apresenta os dados de caracterização dos artigos selecionados e as definições dos principais achados nos artigos analisados, com seus respectivos referenciais teóricos. Os estudos foram publicados entre os anos de 2010 a 2020.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados

Nº	AUTOR(ES)	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
1	Paredes; Forte; Dias.	2024	Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas	Qualitativo	Relata os principais desafios enfrentados pelos CD para promover ações educativas em setores rurais
2	Andrade et al.	2022	Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE	Dados secundários	O Programa Saúde na Escola possui menor alcance em escolas de zona rural
3	Figueiredo et al.	2010	Gamificação em saúde bucal: experiência com escolares de zona rural.	Quantitativo	Houve aumento do nível de atenção dos estudantes e maior interesse por assuntos relacionados à saúde bucal após aplicação da educação em saúde bucal de forma lúdica
4	Silva et al.	2018	Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados	Transversal quantitativo	existe uma maior dificuldade de acesso aos serviços pelos quilombolas devido às iniquidades enfrentadas por essa população, sobretudo piores condições sociais e econômicas.
5	5.Camerini et al.	2020	Regular dental care in preschoolers in rural Southern Brazil	Transversal quantitativo	filhos de mães de áreas rurais que receberam orientação prévia em saúde bucal tiveram quatro vezes mais chances de serem usuários regulares de serviços odontológicos.

6	Herkraht; Vettore; Werneck.	2020	Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: A multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model	A atenção à saúde bucal nas áreas rurais do Brasil está mais focada no tratamento odontológico do que na prevenção.
---	-----------------------------------	------	--	---

Fonte: Autoria própria.

Os trabalhos envolveram diferentes faixas etárias, como adultos (01, 03 e 06), adolescentes (04) e crianças (02 e 05). Todos os artigos são produções brasileiras, com publicação em português (01, 02 e 04) ou inglês (03, 05 e 06).

Análises estatísticas dos dados

Com base nos achados científicos, um conjunto de dados textuais foi elaborado, formando um *corpus* textual, para, posteriormente realizar a análise de conteúdo utilizando o software IRAMuTeQ. Nesse sistema o texto é convertida em unidade, com linhas de comando, formadas por sequências de asteriscos (**** *) (Camargo; Justo, 2013).

O IRaMuTeQ permite realizar técnicas de: Estatísticas Textuais (ou análise lexicográfica); Especificidades e Análise Fatorial por Correspondência (AFC); Análise de Similitude; e, Nuvem de palavras (Ferreira *et al.*, 2021).

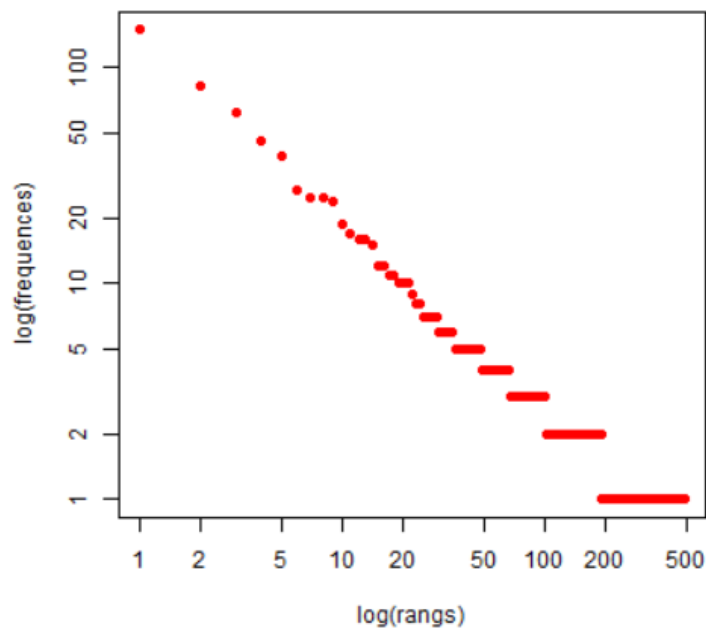
Para as Estatísticas Textuais são consideradas as ocorrências de palavras-chave, as formas, a frequência e hápax (ocorrência única de uma palavra), além de permitir a lematização, que é a redução da palavra com base em seu radical.

Na estatística lexical clássica e lexicografia básica, realizou-se análise estatística do corpus, com o quantitativo efetivo das formas ativas, suplementares e lista de hápax. Por meio das estatísticas básicas da análise é possível observar os dados sobre o Resumo das análises, sendo:

- Número de textos analisados: 06
- Número de ocorrências: 14053
- Número de formas: 488
- Número hápax (palavras aparecem só uma vez): 299
- Médias das ocorrências no texto: 242.17

Com essas estatísticas básicas evidencia-se uma visão geral do *corpus* que está sendo analisado. Para tal, um gráfico estatístico é produzido (Figura 02), em que está relacionado, no eixo das abcissas, os logaritmos das frequências das palavras por ordem decrescente e, no eixo das ordenadas, as frequências das formas.

Figura 9 - Gráfico das recorrências das palavras com a frequência das formas



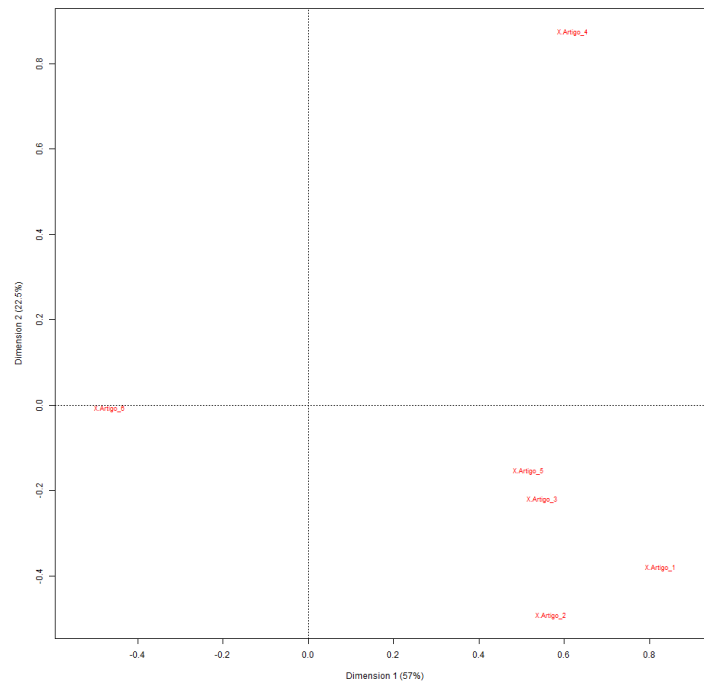
Fonte: Autoria própria.

O gráfico (Figura 02) retrata a distribuição de frequência (eixo y) em relação à rang (eixo x) em escala logarítmica. Também revela que houveram poucas palavras repetidas muitas vezes e 299 palavras repetidas poucas vezes, chamadas de Hápax.

Esse gráfico tem relevância para a validação da consistência da análise do corpus, considerando que para uma análise ser considerada consistente, o gráfico deve apresentar em uma aproximação de uma reta linear descendente do tipo $y = -ax + b$ (Ferreira *et al.*, 2021). Na Figura 02, o gráfico apresenta-se plenamente ajustado, o que valida estatisticamente o corpus analisado

Por meio da AFC (Figura 03) é possível analisar e comparar as modalidades delimitadas no *corpus*. Nessa técnica ocorre a associação entre textos com variáveis e, em uma representação gráfica dos dados, ajuda na visualização da proximidade entre classes ou palavras. Os textos próximos aos eixos e ao centro aparecem como mais significativos devido à sua localização no plano fatorial.

Figura 10 - Análise de especificidades e AFC

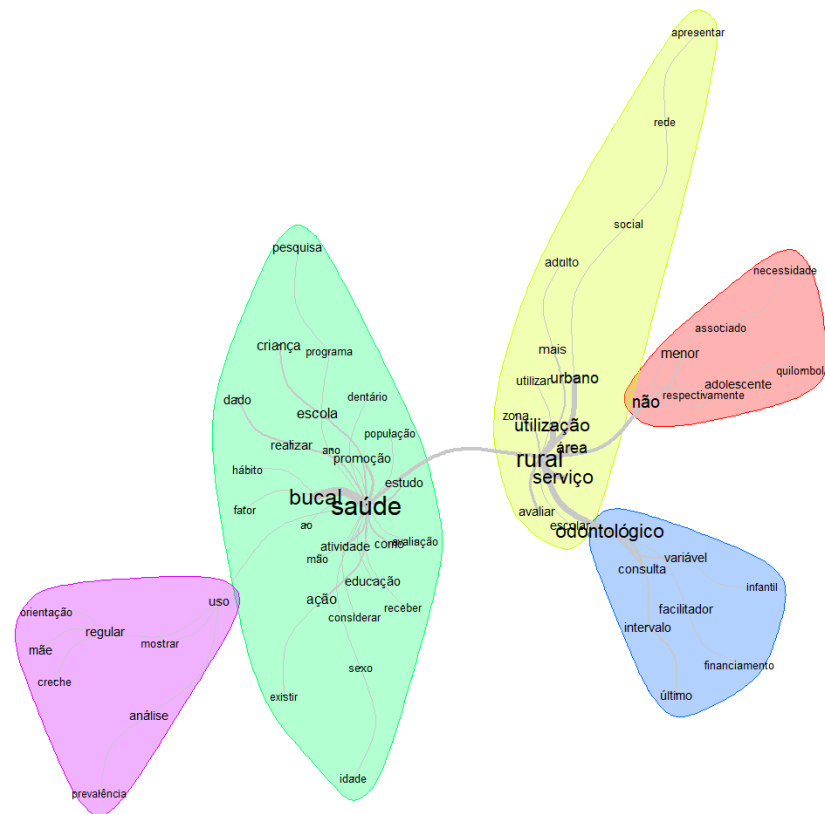


Fonte: Autoria própria.

Representados em um plano cartesiano (Figura 03), os 06 artigos selecionados foram associados, considerando a proximidade, representando-as em um plano cartesiano. Observa-se que os artigos 01, 02, 03 e 05 encontram-se no quadrante inferior direito, apresentando similaridade, enquanto o artigo 04 localiza-se na extremidade superior do quadrante direito e o 06 centralizado entre o quadrante superior e inferior do lado esquerdo.

Através da Análise de Similitude (Figura 04) pode-se gerar um grafo representando a conexão entre as palavras do *corpus* textual, sendo possível verificar a estrutura de construção do texto e os temas relevantes à pesquisa, mapeando os elementos centrais dos artigos. A análise das relações entre as palavras não fica contida à simples frequência destas no texto, mas contempla as relações que os elementos apresentam entre si.

Figura 11 - Análise de Similitude



Fonte: Autoria própria.

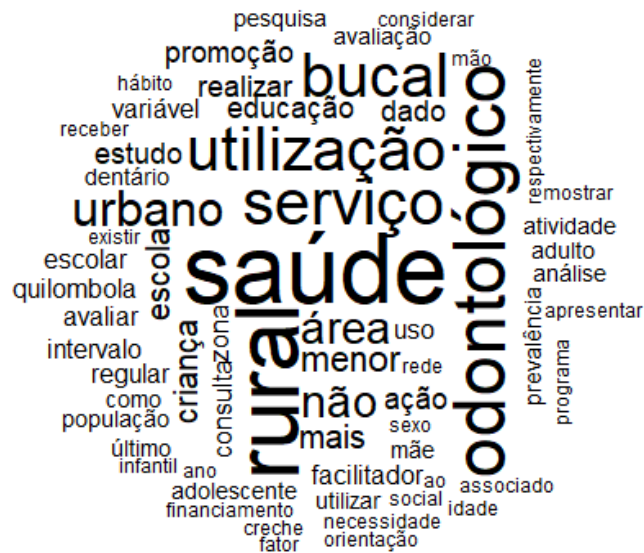
Também podem ser classificadas de “Árvore de Similitude” ou “Árvore de Semelhança”, caracterizadas por apresentar um desenho no formato de uma árvore e suas respectivas ramificações, nas quais o resultado mostra-se representado por uma interface de interação e comunicação entre as distintas partes envolvidas e suas conexões. A Análise de Similitudes demonstra quais são as raízes centrais de cada tema abordado e suas ramificações (Moyano; Angnes; Corrêa, 2020)

As Figuras 04 e 05 demonstram o mesmo resultado de Similitude, com a diferença de que na Figura 04 foi criado um halo colorido que agrupa as palavras similares em conjuntos de proximidade, facilitando a visualização desse agrupamento. A Figura 05 apresenta a mesma similitude, mas sem os respectivos halos de agrupamento

Na Árvore de Similitude da Figura 04, correspondente à apresentação com halos de agrupamento, é possível observar cinco halos, sendo o halo verde a raiz principal, com prevalência das palavras bucal e saúde. A partir dele irradia o halo lilás. Um halo amarelo

que apresentavam mais de 20 repetições para, desse modo, melhorar o aspecto classificatório em relação à expressão das mesmas nas suas concorrências e correlações ao longo dos textos analisados.

Figura 13 - Nuvem de palavras dos termos relacionados à educação em saúde e serviços odontológicos em zona rural



Fonte: Autoria própria.

Similarmente, na Figura 03 estão representados os dados expostos pela nuvem de palavras, verificando-se, por meio de uma representação gráfica, quais temas e palavras foram mais referenciados nos artigos selecionados para a *Scoping Review* realizada no presente estudo. Por meio de um arranjo aleatório, com tamanho crescente das palavras, observa-se uma alta frequência dos termos saúde, serviço, rural, utilização, bucal e odontológico, evidenciando os discursos predominantes dos artigos selecionados.

A palavra abordada com maior frequência está centralizada e conforme a distância do centro aumenta e o tamanho da fonte diminui, a frequência das palavras nos textos diminui proporcionalmente, servindo como um indicador visual sobre os temas que demandam maior atenção.

A Nuvem de Palavras reforça os resultados obtidos na Análise de Similitude, já que as duas evidenciam discursos semelhantes, comprovando o rigor estatístico e metodológico do software Iramuteq. Ambas foram realizadas com todo o rigor estatístico do software R e das análises feitas pelo Iramuteq.

Em consonância a esses achados, a Tabela 01 indica os termos centrais dos estudos selecionados, tendo a saúde (referida 27 vezes) como destaque. O segundo termo citado em maior proporção está diretamente relacionado à temática do estudo, como rural (24 vezes), casa (19 vezes), serviço (17 vezes), bucal (16 vezes) e utilização (16 vezes).

Figura 14 - Análise estatística de termos encontrados nos artigos

Forma	Freq. ↓	Tipos
saúde	27	nom
rural	24	adj
odontológico	19	adj
serviço	17	nom
bucal	16	adj
utilização	16	nom

Fonte: Aatoria própria.

Discussão

O artigo 01 avalia de forma qualitativa o trabalho de cirurgiões-dentistas em equipes das Equipes de Saúde da Família (ESF) rurais da Paraíba, localizada na região Nordeste do Brasil. Em seus achados, os profissionais apontam realização de palestras com transmissão técnica de conhecimentos para a população, e não, o que seria recomendável, encontros educativos com a população como estratégia de traslado do conhecimento, como requerido pela PS.

Os cirurgiões-dentistas, abordados no estudo 01, relataram que suas palestras foram conduzidas à grupo de fumantes e de agricultores que não utilizam proteção solar. Os mesmos autores postulam que, em geral, para populações de zona urbana existe rede de apoio resolutiva na atenção secundária, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), enquanto em territórios rurais há desigualdade nas ofertas desses serviços. Para esse público, os CD realizam a indicação de serviços vinculados a instituições de ensino superior em municípios próximos, porém, sem nenhuma garantia de atendimento.

Os profissionais afirmam haver dificuldades na continuidade das ações coletivas, em parte pelas características do setor rural, como a distância geográfica, inacessibilidade em período chuvoso, dificuldade de transporte, ausência de água e carências socioeconômicas. Contudo, mesmo com esses obstáculos, foram identificadas ações de promoção a saúde bucal em atividades coletivas, visando a autonomia, empoderamento, autoestima e qualidade de vida dos indivíduos.

A promoção de saúde bucal pode ocorrer por diversos meios, inclusive em ambiente em escolar, que se tornou locus ativo propício disseminar e incentivar hábitos e práticas saudáveis, realizadas, em sua maioria, através de programas e ações de educação em saúde, como é o caso do Programa Saúde na Escola (PSE) (Ministério da Saúde, 2011). O artigo 02 verificou o alcance do PSE nas escolas do município de Vitória de Santo Antão-PE e verificou que o alcance do programa nas escolas rurais é caracterizado como “ruim” enquanto nas urbanas como “regular”. Esse resultado se dá, em parte, por obstáculos observados no artigo 01.

No estudo 04, a não utilização do fio dental foi mais prevalente em adolescentes que não tinham a rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água em seu domicílio. Esse resultado vai de encontro com as dificuldades comuns à ruralidade, encontrados nos estudos 01 e 02, incluindo acesso desigual à água fluoretada para a população rural, devido às barreiras geográficas.

Na análise de similitude os termos saúde, bucal, educação, ação, programa e promoção mantiveram-se em um eixo centralizado à distância do eixo que contém rural, serviço, utilizar, consulta e odontológico, representando a desigualdade de acesso a serviços odontológicos por parte da população rural quando comparados à que mora em zona urbana, conforme demonstram os artigos 01 e 02.

No tocante à educação em saúde bucal, o estudo 03 aplicou uma metodologia lúdica, baseada no ato de “brincar”, por meio de um *software* educativo denominado “Dentino” à escolares de uma zona rural. Baseada nessa metodologia, a pesquisa verificou o aumento da motivação em relação ao autocuidado da saúde bucal, refletindo até mesmo nas relações sociais. A disponibilização do *software* educativo ocorreu em ambiente escolar, contemplando o trabalho de Marin *et al.*, (2010), que constataram que alunos de zona rural motivados e supervisionados por professores em sua higiene oral sentiam-se mais entusiasmados em manter sua saúde bucal do que aqueles que não obtiveram tal benefício. Sendo assim, deve haver um esforço multidisciplinar para a aplicação de novas metodologias e formação contínua. Da mesma forma, o artigo 05 expõe que as estratégias de promoção da saúde estimulam ações nas comunidades e no ambiente escolar.

Apesar dos quilombolas serem considerados grupo étnico, o artigo 04 foi incluso nesse estudo por seus achados estarem em consonância aos critérios de inclusão. Em geral, a moradia de grupos quilombolas é predominantemente rural, como demonstra Bezerra *et al.*, (2014). Essas populações enfrentam desafios relacionados à região em que vivem, como baixa cobertura de abastecimento de água por rede geral de distribuição e de coleta regular de lixo,

menor nível de escolaridade e renda familiar, assim como maiores obstáculos para obter acesso a serviços odontológicos, conforme elucida Silva *et al.*, (2017). Dessa forma, o artigo 04 descreve que é prática comum dos profissionais das equipes de saúde bucal realizarem atividades educativas com a população rural sobre a confecção do fio dental de forma artesanal (ráfia) utilizando sacos de linhagem, material de fácil acesso nas comunidades rurais e quilombolas.

Apesar da higiene bucal ser um componente da higiene corporal, é necessário que o indivíduo seja orientado, para realizá-la de forma adequada, conforme prevê a PNSB publicada em sua primeira versão no ano de 2004. Os autores do artigo 04 demonstraram que os aspectos familiares exercem papel crucial na influência dos hábitos de cuidados orais dos adolescentes rurais. Indicam ainda que as equipes de saúde bucal podem desenvolver atividades educativas dirigidas ao núcleo familiar, por meio de visitas domiciliares.

De forma similar, para os autores do artigo 05 os pais devem ser inclusos nessas atividades, assim como os profissionais de saúde ou professores, de modo a influenciar na mudança de comportamento necessária para elevar o índice de crianças que utilizam serviços odontológicos.

A busca por transformação de hábitos se estende a todas as faixas etárias, pois, conforme evidencia o artigo 06, a proporção de adultos que nunca visitaram um dentista foi maior na zona rural do que na urbana. Além disso, entre aqueles que utilizaram serviços odontológicos, o intervalo desde a última consulta odontológica foi maior entre os residentes da zona rural do que entre os da zona urbana. Esses achados reforçam a persistência de desigualdades na utilização de serviços odontológicos entre áreas rurais e urbanas entre adultos e idosos observadas em pesquisas anteriores realizadas no Brasil (Macinko; Lima Costa, 2012).

Considerações finais

Com base nos achados, verifica-se que o ambiente escolar é ambiente motivador para a educação em saúde bucal, propício ao estímulo de transformações de hábitos e inovação, em especial no que tange à zona rural, com abertura para inserção de novas práticas relacionadas ao processo ensino-aprendizagem.

A baixa proporção de consulta odontológica em populações rurais não se limita à faixa etária.

Estima-se que este estudo sirva de base para reflexão quanto à reorientação dos serviços públicos odontológicos, visando a integralidade do cuidado e melhoria da qualidade de vida das populações rurais.

Por meio dessa pesquisa, verificou-se a imensa lacuna existente em estudos voltadas para a educação em saúde bucal da população rural brasileira. Dessa forma, torna-se emergente a construção de pesquisas voltadas para esse público.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, Saeeda; QAZI, Halima Sadia; MAXOOD, Anser. Dental caries status in 6-9 years old children. **Pak Oral Dent J**, v. 28, p. 107-12, 2008.
- ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães et al. Perspectives on social and environmental determinants of oral health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 24, p. 13429, 2021.
- ALTIN, Sibel Vildan et al. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. **BMC public health**, v. 14, p. 1-13, 2014.
- ANDRADE, Priscila Maria da Cruz et al. Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe3, p. 62-71, 2022.
- ATCHISON, Kathryn A. et al. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. **Journal of public health dentistry**, v. 70, n. 4, p. 269-275, 2010.
- AROMATARIS, E., MUNN, Z. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020. Disponível em: <https://jbi-globalwiki.refined.site/space/MANUAL>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- ASSAF, Andréa Videira et al. Comparison of reproducibility measurements for calibration of dental caries epidemiological surveys. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1901-1907, 2006.
- BADO, Fernanda Maria Rovai, et al. "Evaluation of the psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Literacy Assessment in Spanish and development of a shortened form of the instrument." **PLoS One** 13.11 (2018): e0207989.
- BERKMAN, Nancy D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011.
- BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, p. 1835-1847, 2014.
- BRIDGES, Susan M. et al. Development of functional oral health literacy assessment instruments: application of literacy and cognitive theories. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 74, n. 2, p. 110-119, 2014.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n. 250, p.85, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília: SVS, 2012; 118p.6.
- BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. LDB - Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal . [Internet]. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
- CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

- CAMERINI, Adriana Vieira et al. Regular dental care in preschoolers in rural Southern Brazil. **Revista de saude publica**, v. 54, p. 37, 2020.
- CASTILHO, Lia Silva de et al. Beliefs and attitudes about endemic dental fluorosis among adolescents in rural Brazil. **Revista de saude publica**, v. 44, p. 261-266, 2010.
- COSTA, Bianca Oliveira Ismael da et al. Treinamento para análise de parâmetros da videoendoscopia da deglutição: um protocolo de revisão de escopo. **Revista CEFAC**, v. 24, p. e11021, 2022.
- COX, Sarah R. et al. Association between health literacy and 30-day healthcare use after hospital discharge in the heart failure population. **Research in social and Administrative Pharmacy**, v. 13, n. 4, p. 754-758, 2017.
- CRUVINEL, Agnes Fátima P., et al. "The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry." **PeerJ** 5 (2017): e3744.
- Dixon, James P. "The community responsibility for medical care." **American Journal of Public Health and the Nations Health**. 49.1 (1959): 76-81.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS). Solicitation for written comments on an updated health literacy definition for healthy people 2030. Federal Register, 2019.
- FAN, Jessica H. et al. Relationship between health literacy and unintentional and intentional medication nonadherence in medically underserved patients with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 42, n. 2, p. 199-208, 2016.
- FIRMINO, Ramon Targino, et al. "Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: A systematic review and meta-analysis." **Journal of public health dentistry** 78.3 (2018): 231-245.
- FIRMINO, Ramon Targino. Validação para a língua portuguesa do Brasil e desenvolvimento da versão reduzida do Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry (HKOHLAT-P). 2019. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.
- FLEARY, Sasha A.; JOSEPH, Patrece; PAPPAGIANOPOULOS, Jessica E. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. **Journal of adolescence**, v. 62, p. 116-127, 2018.
- GIRONDA, Melanie et al. A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20). **Journal of public health dentistry**, v. 73, n. 1, p. 50-55, 2013.
- HARIDAS, Reshmi et al. Oral health literacy and oral health status among adults attending dental college hospital in India. **Journal of international oral health: JIOH**, v. 6, n. 6, p. 61, 2014.
- HERKRATH, Fernando José; VETTORE, Mario Vianna; WERNECK, Guilherme Loureiro. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. **BMC public health**, v. 20, p. 1-13, 2020.
- HOROWITZ, A.M. and KLEINMAN, D.V., 2012. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. **Journal of public health dentistry**, 72, pp.S26-S30.
- IPM. Instituto Paulo Montenegro. 2018. In: Ação Social do IBOPE. Indicador de Analfabetismo Funcional (INAF). INAF Brasil 2018: Resultados preliminares. São Paulo.
- JAVADZADE, Seyed Homamodin et al. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. **Journal of education and health promotion**, v. 1, n. 1, p. 31, 2012.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Template for scoping reviews protocols [Internet]. Adelaide: **JB**I; 2020. Disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>
- JONES, K. et al. Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). **Community Dent Health**, v. 31, n. 1, p. 37-43, 2014.
- JONES, Kelly et al. Development of a short-form Health Literacy Dental scale (He LD-14). **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 143-151, 2015.
- JORDAN, Joanne E.; BUCHBINDER, Rachele; OSBORNE, Richard H. Conceptualising health literacy from the patient perspective. **Patient education and counseling**, v. 79, n. 1, p. 36-42, 2010.

- JU, X. et al. Confirmatory factor analysis of the health literacy in dentistry scale (HeLD) in the Australian population. **Community Dent Health**, v. 35, n. 3, p. 140-7, 2018.
- JUNKES, Monica C. et al. Validity and reliability of the Brazilian version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry–BREALD-30. **PloS one**, v. 10, n. 7, p. e0131600, 2015.
- KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **Journal of dental research**, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015.
- KICKBUSCH, Ilona et al. **Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level Panel report and sustainable development debate in the context of health**. World Health Organization, 2013.
- LEE, Jessica Y. et al. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. **American journal of public health**, v. 102, n. 5, p. 923-929, 2012.
- LEE, Jessica Y. et al. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30—a brief communication. **Journal of public health dentistry**, v. 67, n. 2, p. 94-98, 2007.
- LEE, Jessica Y. Lower oral health literacy may lead to poorer oral health outcomes. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 18, n. 3, p. 255-257, 2018.
- MACEK, Mark D. et al. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. **Journal of public health dentistry**, v. 70, n. 3, p. 197-204, 2010.
- ABDULLAH, Saeeda; QAZI, Halima Sadia; MAXOOD, Anser. Dental caries status in 6-9 years old children. **Pak Oral Dent J**, v. 28, p. 107-12, 2008.
- MIALHE, Fábio Luiz et al. Validation of the health literacy in dentistry scale in Brazilian adults. **International dental journal**, v. 70, n. 2, p. 116-126, 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal, 2004a. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: SVS; 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb>
- MITCHELL, Suzanne E. et al. Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. **Journal of health communication**, v. 17, n. sup3, p. 325-338, 2012.
- MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **International journal of surgery**, v. 8, n. 5, p. 336-341, 2010.
- MOYSÉS, Samuel J. **Saúde coletiva**. Porto Alegre: Grupo A, 2013. *E-book*. ISBN 9788536702087. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536702087/>.
- National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. **J Public Health Dent**. 2005;65(3):174-82. PMID:1617126
- NUTBEAM, Don; MUSCAT, Danielle M. Health promotion glossary 2021. **Health promotion international**, v. 36, n. 6, p. 1578-1598, 2021.
- PAREDES, Suyene de Oliveira; FORTE, Franklin Delano Soares; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8604, 2024.
- PETERSEN, Poul Erik; KWAN, Stella. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 39, n. 6, p. 481-487, 2011.
- PINHEIRO, Paulo. Conceptualizations of health literacy: past developments, current trends, and possible ways forward toward social practice. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 2, p. e91-e95, 2021.
- PUCCA JR, G. A. et al. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

- ROCHA, Poliana Cristina; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Aspectos conceituais e fatores associados ao Letramento Funcional em Saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 18, p. 214-225, 2016.
- RONCALLI, Angelo Giuseppe; CÔRTEZ, Maria Ilma de Souza; PERES, Karen Glazer. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s58-s68, 2012.
- SABBAHI, Dania A., et al. "Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults." **Community dentistry and oral epidemiology** 37.5 (2009): 451-462.
- SANDERS, Lee M. et al. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. **Pediatrics**, v. 124, n. Supplement_3, p. S306-S314, 2009.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018.
- SIMONDS, Scott K. Health education as social policy. Health education monographs, v. 2, n. 1_suppl, p. 1-10, 1974.
- SILVA, Etna Kaliane Pereira da et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00005716, 2017.
- SILVA, Etna Kaliane Pereira da et al. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 2963-2978, 2018.
- SILVESTRE, José Amilton Costa; AGUIAR, Andréa Silvia Walter; TEIXEIRA, Edson Holanda. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos Esp**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.
- SOARES, Magda. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista brasileira de educação**, p. 5-17, 2004.
- SOARES, Magda. Letramento-um tema em três gêneros. Autêntica, 2018.
- SORENSEN K, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 2012; 12: 80.
- STACEY, Dawn et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2017.
- SUN, Xinying et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. **BMC public health**, v. 13, p. 1-8, 2013.
- VILELLA, et al. Assuncao. "Oral health literacy and retention of health information among pregnant women: a randomised controlled trial." **Oral Health Prev Dent** 15, no. 1 (2017): 41-8.
- WADE, Derick T., and Peter W. HALLIGAN. "The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come." **Clinical rehabilitation** 31, no. 8 (2017): 995-1004.
- WÅNGDAHL, Josefin et al. Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. **BMC public health**, v. 14, p. 1-12, 2014.
- WONG, Hai Ming et al. Validation of the Hong Kong oral health literacy assessment task for paediatric dentistry (HKOHLAT-P). **International journal of paediatric dentistry**, v. 23, n. 5, p. 366-375, 2013.