



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Paula Caetano Araújo

Avaliação comparativa entre as Escolas Municipais de Ensino Básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

ARAÇATUBA

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Paula Caetano Araújo

Avaliação comparativa entre as Escolas Municipais de Ensino Básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"-Unesp, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Odontologia Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Adj. Renato Moreira Arcieri
Coorientadora: Profa. Titular Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA

2015

Catálogo na Publicação
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - FOA / UNESP

- A663a Araújo, Paula Caetano
Avaliação comparativa entre as Escolas Municipais de Ensino Básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/ Paula Caetano Araújo. – Araçatuba, 2015.
91 f. : tab. + 1 CD-ROM.
- Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba.
Orientador: Prof. Renato Moreira Arcieri
Coorientadora: Profa. Cléa Adas Saliba Garbin
1. Promoção da saúde. 2. Pré-escolar. 3. Saúde bucal. I. T.
- Black D27
CDD 617.645

DEDICATÓRIA

“O futuro te espera. Segue e confia em Deus.” (Chico Xavier)

Dedico este trabalho **aos meus pais e ao meu irmão** que no período de desenvolvimento deste estudo, me ajudaram com muita paciência, compreensão e amor, me motivando para a realização deste sonho.

Dedico este trabalho, também, à **Deus**. Pai, minha eterna gratidão por guiar meus passos, por me dar coragem para seguir em frente e por iluminar minha vida.

Com todo o meu carinho,

Paula Caetano Araújo

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp**, pelo incentivo à pesquisa, e também à Diretoria desta faculdade, **Professora Ana Maria Pires Soubhia e Professor Wilson Roberto Poi** que jamais mediram esforços para a melhoria da qualidade do ensino desta universidade.

À coordenação do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz e Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, pelo empenho e dedicação na manutenção de um ensino de excelência na pós-graduação.

Ao **Professor Renato Moreira Arcieri**, meu orientador, por ter-me guiado no planejamento e na execução do meu sonho, pela paciência em me mostrar o caminho certo a ser seguido e pelo excelente convívio que tivemos. Muito obrigada por ser esse exemplo de tranquilidade, sempre me mostrando o melhor direcionamento a ser tomado. Muito obrigada pela sua disponibilidade e dedicação. Você é um grande exemplo profissional para mim.

À **Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, minha coorientadora, pelo carinho maternal e dedicação com todos os alunos, pelo conhecimento, empenho e esforço no trabalho diário desenvolvido na Pós-graduação. Muito obrigada por todas as oportunidades a mim oferecidas durante os cursos de Mestrado e Doutorado.

À **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz**, por seus esforços em fortalecer o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social e por seu vasto conhecimento e ensinamentos a nós transmitidos.

À **Professora Tânia Adas Saliba Rovida**, pela amizade e pela sensibilidade em auxiliar todos os alunos, pela dedicação e empenho em fortificar o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Ao **Professor Orlando Saliba e Professora Nemre Adas Saliba** que sempre acolhem a todos os alunos com muito carinho e amor, além de compartilharem com paciência o grande conhecimento científico que possuem.

Ao **Professor Artênio José Ísper Gabín**, pelo direcionamento profissional e pela colaboração no meu processo de aprendizagem.

Ao **Professor Ronald Jefferson Martins**, pelo auxílio e boa vontade, por ser exemplo de determinação e esforço no exercício da docência.

Ao **Professor Mário Vianna Vettore e Professora Sarah R Baker**, pela recepção durante o meu doutorado sanduíche na Universidade de Sheffield e pelas contribuições na elaboração dos capítulos da tese.

À **Universidade de Sheffield**, pelo acolhimento durante meu estágio de doutorado sanduíche.

Agradeço também a todos os **estagiários** do Departamento de Odontologia Infantil e Social que sempre nos ajudam, facilitando o desenvolvimento das pesquisas e agregando conhecimento ao programa.

À **CAPES**, pela concessão de bolsas, o que possibilitou a realização deste estudo.

Ao **PDSE CAPES**, pela concessão de bolsa de doutorado sanduíche, que permitiu uma colaboração internacional no desenvolvimento deste estudo.

À **Valderez Freitas Rosa**, pela companhia divertida, pela solidariedade com todos nós, alunos da pós-graduação e pelos momentos de descontração compartilhados.

Ao **Nilton César Souza**, pela alegria contagiante e pela paciência com a nossa urgência em resolver tudo. Muito obrigada por todo o carinho conosco.

Aos **funcionários da Biblioteca** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, em especial à **Ana Claudia Grieger Manzatti**, pela prontidão no atendimento, atenção e disposição em ajudar sempre que precisei.

Aos **funcionários da Seção de Pós-Graduação** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, em especial à **Valéria de Queiroz Marcondes Zagato**, pela atenção, carinho e prontidão em atender todos nós, pós-graduandos.

Ao **Diogo Reatto** e todos os funcionários da seção acadêmica, obrigada pela dedicação.

Agradeço a todos os **servidores** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, pois sem eles a faculdade não funcionaria neste ritmo acelerado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos **meus pais, Rejane e Paulo**, por serem essas pessoas maravilhosas em minha vida, por todo carinho e pelo amor incondicional. Obrigada por colaborarem para que todos os meus sonhos se tornassem realidade. Foi este apoio imensurável que me fez chegar onde estou hoje. Vocês são o meu maior tesouro. Muito obrigada por toda a dedicação. Amo vocês.

Ao **meu irmão, Fernando**, por sempre acreditar nas minhas escolhas e por ser um exemplo de disciplina e dedicação. Muito obrigada pelo privilégio de ter você em minha vida.

Aos **meus queridos avós**, pela simplicidade e pela humildade que são motivos de admiração de toda a família. Obrigada pelo carinho e por todo amor que vocês me deram.

Agradeço à **minha família**, por toda a atenção despendida comigo, pelos momentos de descontração a mim proporcionados, e, especialmente, pela união entre todos nós.

Ao meu namorado, **Paulo**, pelo carinho, ajuda e paciência na fase final do desenvolvimento deste estudo.

À minha amiga, **Renata**, pelo acolhimento que tive quando cheguei à Araçatuba, pelas inúmeras conversas e gargalhadas, pela amizade sincera construída entre nós e por sempre podermos contar uma com a outra a cada momento de dificuldade e dúvida.

Aos **meus colegas da Pós-Graduação**, pelo companheirismo nas atividades do departamento, pela convivência agradável, pelo carinho e ajuda sempre que precisei.

Aos **meus amigos**, por terem colaborado de alguma forma com a minha formação.

Agradeço à **Secretaria Municipal de Educação** do município de Araçatuba, por ter autorizado a realização deste estudo nas Escolas Municipais de Ensino Básico.

Agradeço aos **diretores das Escolas Municipais de Ensino Básico** participantes, por terem permitido a execução deste trabalho e também, aos pré-escolares, pais ou cuidadores e equipe pedagógica dessas escolas, pela participação nesta pesquisa.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram de alguma forma para que meu título de doutora se tornasse realidade. Muito obrigada a todos vocês.

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

(Ricardo Reis / Fernando Pessoa)

Araújo PC. Avaliação comparativa entre as Escolas Municipais de Ensino Básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2015.

RESUMO

A presença polarizada de cárie dentária e de doença periodontal, ainda, caracterizam a saúde bucal do Brasil, nos dias de hoje. São altos os índices de extrações dentárias e procedimentos restauradores, especialmente em crianças. Diante deste quadro epidemiológico preocupante, emergem as ações de promoção em saúde bucal no âmbito escolar. A escola apresenta uma infraestrutura que facilita a aquisição de novos conhecimentos, bem como a construção de hábitos saudáveis. No entanto, são raros os trabalhos que avaliam a efetividade dos programas de promoção em saúde bucal neste ambiente. Dessa maneira, este estudo objetivou avaliar de forma comparativa a eficácia do Programa de Promoção em saúde bucal, em Escolas Municipais de Ensino Básico, desenvolvido há 17 anos pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, direcionado aos pré-escolares e seus pais ou cuidadores, e equipe pedagógica. Dois grupos foram formados (grupo intervenção e grupo controle). O grupo intervenção foi constituído por 5 escolas que participaram das atividades do programa de promoção em saúde e o grupo controle foi constituído por 5 escolas que nunca haviam participado das atividades do programa. Os dados foram coletados por meio de questionários e entrevistas com os três atores sociais envolvidos no processo (pré-escolares, pais ou cuidadores e equipe pedagógica). Os dados foram analisados utilizando os programas Epi Info 3.5.1 e SPSS 22.0. Os resultados do estudo mostraram que os pré-escolares do grupo intervenção possuem mais conhecimento sobre saúde bucal que as crianças do

grupo controle ($p < 0,001$). Em contrapartida, não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos intervenção e controle dos pais ou cuidadores, e equipe pedagógica. Desta forma, pode-se concluir que o maior conhecimento em saúde bucal estava significativamente associado ao programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, para os pré-escolares. Sugere-se ainda, um aumento na periodicidade das atividades do programa voltadas para pais ou cuidadores, e equipe pedagógica, a fim de que os mesmos se sintam parte integrante da equipe de promoção em saúde, motivando-os a reforçar o conteúdo aprendido no programa, e por consequência, auxiliando na construção de hábitos saudáveis em saúde junto ao pré-escolar.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Pré-escolar. Saúde bucal.

Araújo PC. Comparative evaluation among nursery schools receiving or not receiving the oral health promotion program of Araçatuba Dental School [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2015.

ABSTRACT

The Brazilian oral health is still characterized by the polarized presence of dental caries and periodontal disease. The tooth extraction and restorative procedures rates are high, especially in children. Faced with this alarming epidemiological situation, oral health promotion activities are emerging in the school environment. The school offers an infrastructure that facilitates the acquisition of new knowledge and the development of healthy habits. The studies evaluating the effectiveness of oral health promotion programs in schools are scarce. Consequently, this study aimed to assess comparatively the efficacy of Oral Health Promotion Program in nursery schools, developed 17 years ago by Araçatuba Dental School and targeted to preschoolers and their parents / carers and teaching staff. Two groups were formed (intervention group and control group). The first one was consisted of five schools that received the oral health promotion program activities and the control group was consisted of five schools that had never received the program activities. Datas were collected by questionnaires and interviews with the three social agents involved in the process (preschoolers, parents / carers and teaching staff). The datas were analyzed using the statistical software Epi Info® 3.5.1 and SPSS® 22.0. The results revealed that preschoolers in intervention group have more knowledge in oral health than children in control group ($p < 0.001$). However, no significant differences were found between the intervention and control groups of parents / carers and teaching staff. Thus, the greatest knowledge on oral health was significantly associated to oral health promotion program of Araçatuba Dental School,

among preschoolers. It also suggests an increase in the program activities frequency for parents / carers and teaching staff, in order to make them feel part of the health promotion team, motivating them to reinforce the content learned in the program, and consequently helping to incorporate healthy habits in health with the preschoolers.

Keywords: Health Promotion. Child, Preschool. Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 2

- Tabela 1 Atividades do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e sua relação com a Carta de Ottawa. 54
- Tabela 2 Características demográficas e socioeconômicas da amostra de acordo com os grupos intervenção e controle. 56
- Tabela 3 Razões de pontuação dos fatores associados ao conhecimento em saúde bucal das crianças. 57
- Tabela 4 Comparação das pontuações entre os grupos intervenção e controle sobre o conhecimento de hábitos de saúde bucal. 58

Capítulo 3

- Tabela 1 Atividades do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e sua relação com a Carta de Ottawa. 75
- Tabela 2 Comparação das pontuações entre os grupos intervenção e controle sobre o conhecimento de hábitos de saúde bucal. 77

LISTA DE ABREVIATURAS

EMEB	Escola Municipal de Ensino Básico
EMEBs	Escolas Municipais de Ensino Básico
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
OHP	Oral Health Promotion
SP	São Paulo
Unesp	Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho”

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Aprovação do comitê de ética em pesquisa	79
ANEXO B	Referências da introdução geral	81
ANEXO C	Termo de consentimento livre e esclarecido	83
ANEXO D	Instrumento de coleta de dados	86

SUMÁRIO

1	Introdução Geral	18
2	Proposição Geral	20
3	Capítulo 1 - Promoção em saúde bucal: 17 anos de experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba	21
3.1	Resumo	21
3.2	Abstract	22
3.3	Resumen	23
3.4	Introdução	24
3.5	Metodologia	26
3.6	Resultados alcançados	29
3.7	Discussão	31
3.8	Conclusão	33
3.9	Referências	33
4	Capítulo 2 – Avaliação de diferenças de conhecimento em saúde bucal entre pré-escolares e seus pais ou cuidadores que receberam e que não receberam promoção em saúde	37
4.1	Resumo	37
4.2	Abstract	38
4.3	Introdução	39
4.4	Métodos	40
4.5	Resultados	45
4.6	Discussão	47
4.7	Conclusão	50
4.8	Agradecimentos	50

4.9	Referências	50
5	Capítulo 3 - Avaliação comparativa do conhecimento sobre saúde bucal entre equipes pedagógicas que receberam e que não receberam promoção em saúde	59
5.1	Resumo	59
5.2	Abstract	60
5.3	Introdução	60
5.4	Materiais e Métodos	62
5.5	Resultados	66
5.6	Discussão	68
5.7	Conclusão	70
5.8	Agradecimentos	71
5.9	Referências	71
6	Considerações finais	78
	Anexos	79

1 INTRODUÇÃO GERAL*

A saúde bucal foi por muitos anos, desassociada do conceito de saúde geral do indivíduo, sendo que todos os aspectos sociais do mesmo fossem rejeitados, prevalecendo uma lógica curativista e capitalista, em prejuízo do bem coletivo (Silveira et al, 2014). Nos últimos anos, a resolubilidade das enfermidades em saúde, objetivaram um olhar mais holístico para com as populações, por consequência foi observada a redução das patologias bucais (Ely et al, 2014; Dobloug and Grytten, 2015). A promoção em saúde para a coletividade é um dos fatores responsáveis pela queda das afecções bucais, bem como pelo desenvolvimento de uma abordagem que visa o bem-estar físico, psíquico e social das populações (Arrow et al, 2013; Gholami et al, 2014).

Esta lógica foi estabelecida em 1986, com a 1ª Conferência Internacional de Promoção em Saúde, resultando na publicação da Carta de Ottawa, que correlacionava os fatores ambientais e comportamentais do indivíduo com a saúde (World Health Organization, 1986). Esta carta enfatiza a necessidade de empoderamento da população a respeito de sua saúde, para que essa esteja no controle do seu bem-estar (World Health Organization, 1986). A carta de Ottawa traz, ainda, cinco princípios norteadores para a aplicação da promoção em saúde na coletividade, que podem ser demonstrados através da construção de políticas públicas, da criação de ambientes favoráveis em saúde, do fortalecimento das ações comunitárias, do desenvolvimento de habilidades pessoais e da reorientação dos serviços de saúde (World Health Organization, 1986).

Dentro deste contexto, muitos programas de promoção em saúde foram implementados nos mais variados ambientes (McClure et al, 2013; Chiou et al, 2014; Lobo et al, 2014; Hill-Mey et al, 2015). No entanto, destaca-se a escola como facilitador na promoção em saúde e prevenção de doenças (Hanolen et al, 2013). A escola apresenta uma infraestrutura que facilita a aquisição de novos conhecimentos, possibilita o desenvolvimento e estabelecimento de hábitos saudáveis em saúde (Kwan et al, 2005), além de reunir um número grande de pré-escolares, em idade propícia para a aprendizagem, em um mesmo ambiente (Tai et al, 2009).

* Lista de referências no Anexo B

Desta maneira, o Programa de Promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, ao longo dos 17 anos de realização das atividades promotoras em saúde, atendeu, aproximadamente, 500 crianças, de 0 a 6 anos, pertencentes a 5 Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs), por semestre. O programa atuou extensivamente na sensibilização em saúde das crianças, equipe pedagógica e pais ou cuidadores, bem como preparou os alunos de graduação, pós-graduação e técnicos para promover saúde e prevenir doenças.

Todas as atividades planejadas pelo programa foram realizadas de acordo com as estratégias previstas na Carta de Ottawa, destacando o desenvolvimento de habilidades pessoais para os pré-escolares, através de palestras sobre saúde bucal e saúde geral, e escovação dental supervisionada; o reforço das ações comunitárias, por meio da capacitação dos alunos de graduação e das palestras direcionadas aos pais ou cuidadores, e equipe pedagógica; e a criação de ambientes favoráveis para promover saúde, por intermédio de visitas iniciais às escolas e confecção de porta-escovas

Apesar da alta taxa de implementação de programas de promoção em saúde bucal, são poucos os trabalhos que relatam os benefícios trazidos à comunidade, bem como às dificuldades constatadas. Portanto, este estudo objetivou avaliar a eficácia do Programa de Promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, através da comparação das diferenças no conhecimento sobre saúde bucal, para todos os atores sociais envolvidos no processo (pré-escolares, pais ou cuidadores e equipe pedagógica).

2 PROPOSIÇÃO GERAL

O Capítulo 1 teve por objetivo relatar os 17 anos de experiência do Programa de Promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba em Escolas Municipais do Ensino Básico do município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. O Capítulo 2 e o Capítulo 3 objetivaram avaliar as diferenças no conhecimento em saúde bucal entre pré-escolares, seus pais ou cuidadores e equipe pedagógica, respectivamente, que participaram ou não do Programa de Promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

3 CAPÍTULO 1 - Promoção em saúde bucal: 17 anos de experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba[†]

Title: Oral health promotion: 17 years of Aracatuba Dental School's experience

Título: Promoción de la salud bucal: 17 años de experiencia de la Facultad de Odontología de Araçatuba

3.1 Resumo

A promoção em saúde, no ambiente escolar, constitui uma ferramenta importantíssima para o desenvolvimento integral da criança, possibilitando a conscientização dos indivíduos envolvidos para que eles atuem ativamente na valorização de sua saúde bucal. Apesar de muitos programas de promoção em saúde bucal terem sido implantados nos últimos anos, poucos são os trabalhos que relatam seus benefícios à comunidade, bem como as dificuldades encontradas durante sua implantação. Dessa maneira, este estudo objetivou relatar os 17 anos de experiência do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba, São Paulo (SP), na sensibilização em saúde das crianças, dos pais ou cuidadores e da equipe pedagógica, bem como preparar os alunos de graduação, pós-graduação e técnicos para promoverem saúde e prevenirem doenças. O programa atendeu, por semestre, aproximadamente 500 crianças, de zero a seis anos, pertencentes a cinco Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs). As escolas foram visitadas semanalmente por equipes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), que desenvolveram atividades recreativas na temática da promoção em saúde bucal, promoveram palestras sobre saúde bucal e saúde geral, além de escovação supervisionada. Nesses 17 anos de atuação do programa, foi possível observar melhorias na prevenção de doenças bucais e sistêmicas, progressão no convívio social dos pré-escolares e incorporação de bons hábitos em saúde. Igualmente, podem ser notados benefícios às equipes atuantes, que

[†] Normas de publicação segundo à Revista Ciência em Extensão

desenvolveram a habilidade de atuar ativamente em promoção em saúde, facilitando uma formação acadêmica holística. Sendo assim, as atividades de promoção em saúde bucal da FOA aproximam a universidade e a comunidade, modificando as expectativas da população e aproximando-as da prática, proporcionando bem-estar social e semeando conhecimento a todos os participantes.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Pré-escolar. Saúde bucal.

3.2 Abstract

Promoting health in the school environment is an important tool for the whole development of the child, allowing the awareness of the individuals involved, so that they actively operate in the valuation of their oral health. Although many oral health promotion programs have been developed in recent years, few studies report benefits to the community as well as the difficulties encountered. Thus, this study aimed to report the 17 years of experience of the Oral Health Promotion Program in stated funded nursery schools of Araçatuba, São Paulo State, in raising awareness on the children, parents/caregivers and teaching staff's health, as well as preparing undergraduate students, postgraduate students and technicians to promote health and prevent diseases. The program reached 500 children, from 0 to 6 years old, belonging to 5 stated funded nursery schools per semester. The schools were visited weekly by the Araçatuba Dental School (*Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA*)'s teams, who developed recreational activities on oral health promotion, lectures on oral health and general health, and supervised tooth brushing. In these 17 years of the program's execution, improvements in the prevention of oral and systemic diseases, progression in the social life of preschoolers and incorporation of good habits in health were observed. Also, the benefits to the participating staff, through the development of the ability to actively participate in health promotion, facilitating the holistic academic background could be verified. Thus, the oral health promotion activities of FOA brought closer the university and the community, changing the population's expectations and approximating them to the practice, providing social welfare and sowing knowledge to all participants.

Keywords: Health Promotion. Child, Preschool. Oral Health.

3.3 Resumen

La promoción de la salud en el ámbito escolar es una herramienta importante para el desarrollo integral del niño, permitiendo la concientización de los participantes para que puedan operar activamente en la valoración de su salud bucal. Aunque muchos programas de promoción de la salud bucal se han desarrollado en los últimos años, pocos estudios reportan sus beneficios a la comunidad y las dificultades encontradas. Así, esta investigación tuvo como objetivo informar los 17 años de experiencia del Programa de Promoción de la Salud Bucal en escuelas municipales de enseñanza básica de la ciudad de Araçatuba, estado de São Paulo, Brasil, en la sensibilización sobre la salud de los niños, el profesorado y los padres/cuidadores, además de preparar los estudiantes de pregrado y posgrado, y los técnicos para promover salud y prevenir las enfermedades. El programa ha alcanzado 500 niños, de cero a seis años de edad, pertenecientes a cinco escuelas municipales de enseñanza básica por semestre. Las escuelas fueron visitadas semanalmente por equipos de la Facultad de Odontología de Araçatuba (FOA), que desarrollaron actividades recreativas en el tema de la promoción de la salud bucal, conferencias sobre salud bucal y salud general, y cepillado supervisado. En estos 17 años de actividad del programa, se ha observado: una mejora en la prevención de las enfermedades bucales y sistémicas, progresión en la vida social de los niños e incorporación de buenos hábitos de salud. Además, se han observado beneficios a los equipos participantes, que desarrollaran la capacidad de trabajar activamente en la promoción de la salud, facilitando una formación académica integral. Por lo tanto, las actividades de promoción en salud bucal de la FOA acercan la universidad y la comunidad, cambiando las expectativas de la población y acercándolas de la práctica, proporcionando bienestar social y sembrando conocimiento para todos los participantes.

Palabras clave: Promoción de la Salud. Preescolar. Salud bucal.

3.4 Introdução

Por muitos anos, a alta prevalência da cárie dentária associada à pouca quantidade de dados provenientes de estudos epidemiológicos foi entendida como um conceito estático, cuja solução encontrava-se na intervenção curativista (PEREIRA; PEREIRA, ASSIS, 2003). A partir das últimas três décadas, a redução expressiva da prevalência da cárie dentária na população da maioria dos países desenvolvidos e no Brasil foi constatada por muitos estudos (DOBLOUG; GRYTTEN, 2015; ELY et al., 2014; RONCALLI, 2011). Dentre os inúmeros fatores associados a essa redução, encontra-se a promoção em saúde.

A promoção em saúde é definida como um processo que possibilita o empoderamento dos indivíduos para que eles estejam preparados para assumir o controle sobre sua saúde, aprimorando sua própria qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Esse processo foi estabelecido em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção em Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), que resultou em uma carta, a Carta de Ottawa, que declara a relação direta da saúde com o meio ambiente e com o comportamento humano. Além disso, essa carta ressalta a necessidade da ação e coordenação intersetorial entre os governantes e os atores sociais envolvidos a fim de garantir e alcançar a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Sendo assim, a promoção em saúde pode ser compreendida pela construção de políticas públicas em saúde, pela criação de ambientes favoráveis, pelo fortalecimento das ações comunitárias, pelo desenvolvimento de habilidades pessoais e pela reorientação dos serviços de saúde em prol da prevenção de doenças e promoção de bem-estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Portanto, após a publicação da Carta de Ottawa, várias ações de promoção em saúde emergiram, especialmente em ambientes escolares.

A escola é considerada um excelente local para o desenvolvimento de estratégias que promovam saúde (HALONEN et al., 2013). Esse ambiente contém um cenário que motiva o aprendizado, além de uma estrutura física que propicia a aquisição de novas ideias, estimulando o aumento das relações interpessoais entre alunos e outros pares (KWAN et al., 2005). A escola tem um papel importante no desenvolvimento de um trabalho sistemático e contínuo na promoção em saúde (HENDERSON; RUBIN, 2014), possibilitando, ainda, reunir em um mesmo local vários alunos em idade favorável para

o aprendizado de medidas preventivas (TAI et al., 2009). Em vista disso, o papel da escola não é apenas o de prover educação aos alunos, mas também o de propiciar a criação de caminhos que motivem os escolares a se autoeducarem, permitindo o desenvolvimento de percepções e atitudes mais conscientes e politizadas (BRASIL, 1998).

A estratégia da educação em saúde bucal contida no contexto da promoção em saúde permite, nos primeiros anos de vida escolar, a incorporação de vários hábitos saudáveis. A escovação supervisionada associada a palestras sobre saúde bucal e saúde geral, bem como a utilização de atividades lúdicas, utilizando quebra-cabeça, teatro com bonecos, pinturas e desenhos, favorecem a promoção de hábitos saudáveis (MOYSÉS, 2012). Logo, a promoção em saúde é uma ferramenta eficaz na prevenção de doenças e na transformação de hábitos, permitindo, ainda, a redução de cáries e de doenças periodontais (FULLER et al., 2014; LIU et al., 2014).

Todavia, é importante ressaltar que, no caso específico da promoção em saúde para as crianças, a motivação dos agentes sociais que estão envolvidos no cotidiano do menor é imprescindível; sendo assim, os pais ou cuidadores e a equipe pedagógica devem estar envolvidos nas atividades de promoção em saúde.

A promoção em saúde permite que os pais ou cuidadores façam parte dessa mudança social, além de transformá-los em agentes aptos a garantir a reformulação de hábitos e reforçar as práticas aprendidas pelas crianças no ambiente escolar (KWAN et al., 2005). Já a equipe pedagógica, que está envolvida nas atividades de promoção em saúde, consegue favorecer com facilidade a criação de uma ponte entre a comunidade escolar e a associação de pais, auxiliando na sensibilização dos pais e no reforço das atividades (FERRAZ, 2002).

O estabelecimento de programas, voltados para crianças e que promovam saúde no setor público, tem sido altamente recomendado, refletindo a necessidade de políticas de saúde que deem atenção aos problemas da comunidade, à demanda crescente de usuários que estão na pré-escola e à baixa quantidade de profissionais treinados para promover saúde (TINANOFF; KANELIS; VARGAS, 2002).

Dentro desse contexto, muitos programas estão sendo implantados, priorizando os aspectos-chave declarados na Carta de Ottawa (SIMPSON; FREEMAN, 2004). Todavia, poucos estudos relatam a experiência desses programas, prejudicando, assim, a

divulgação das dificuldades encontradas, das atividades que devem ser continuadas e dos benefícios trazidos a todos os atores sociais envolvidos.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar os 17 anos de experiência do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Educação Básica de Araçatuba-SP”, bem como explicar sobre os incentivos à formação acadêmica generalizada de toda a equipe participante. Este trabalho também visa descrever as vantagens que o programa trouxe às crianças, aos pais ou cuidadores e à equipe pedagógica das escolas participantes, além de expor as resistências e os obstáculos encontrados em mais de uma década e meia de atividades.

3.5 Metodologia

O Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP conta com parceria entre Prefeitura Municipal de Araçatuba e Secretaria Municipal de Educação. Sendo assim, o coordenador do programa solicita, anualmente, uma autorização à Secretaria Municipal de Educação de Araçatuba para que as atividades possam ser iniciadas nas Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs). É importante enfatizar que, mesmo portando essa autorização, todas as escolas selecionadas são convidadas a participar, selando, assim, um compromisso de cooperação entre a Universidade Estadual Paulista (Unesp) e as EMEBs. Depois desse primeiro contato com as instituições parceiras, inicia-se o planejamento de atividades. Ressalta-se, ainda, que as atividades são desenvolvidas anualmente, com planejamento executado duas vezes ao ano (de seis em seis meses). Em seguida, o cronograma de atividades é entregue à diretoria de cada EMEB.

Descrição das atividades

Inicialmente, o programa empodera os indivíduos que farão parte da equipe que irá realizar as atividades de promoção em saúde: graduandos, pós-graduandos e técnicos. Depois, grupos de estudo são formados com o objetivo de discutir a abordagem que deve ser desenvolvida com a criança e a melhor forma de utilizar os materiais de apoio, além de debater todos os tópicos que serão tratados durante as palestras de saúde bucal e saúde geral destinadas aos pré-escolares, aos pais ou cuidadores e à

equipe pedagógica. Esses grupos de estudo são guiados pelos professores que coordenam o programa e pelos pós-graduandos.

Os temas discutidos nesses grupos abordam a importância da saúde bucal e sua relação com a saúde geral, a placa dentária, os hábitos de higiene bucal, os hábitos nutricionais que beneficiam a saúde bucal, os hábitos de sucção não nutritiva e a higiene geral relacionada aos cuidados com cabelos e unhas, roupas, banho e lavagem das mãos. Esses grupos de estudo são formados a cada dois meses. Logo, nas reuniões, novas temáticas são sempre levantadas de acordo com as necessidades específicas de cada escola, como a abordagem sobre dengue, *bullying* e amamentação, além de preparar os alunos de graduação para orientar e esclarecer as áreas que são visitadas.

Antes de começar as atividades, os alunos de graduação e pós-graduação fazem uma visita inicial às escolas. Essa visita tem como objetivo planejar as atividades de acordo com a disponibilidade da infraestrutura oferecida por cada escola, além de possibilitar à equipe um primeiro contato informal com os educadores de ensino infantil e os pré-escolares.

As atividades de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba acontecem semanalmente durante todo o ano letivo. Cada uma das cinco escolas municipais é visitada uma vez por semana, sempre no mesmo dia e período. As visitas têm duração de uma hora e meia, aproximadamente. Portanto, cada escola recebe 24 visitas durante o semestre que o programa de promoção em saúde bucal permanece na escola.

A equipe do programa em questão é composta por docentes, graduandos, pós-graduandos e técnicos. Todas as visitas seguem um planejamento supervisionado pelo coordenador do programa. Esse planejamento tenta organizar as atividades e possibilitar que a equipe alcance, por dia de visita, o maior número de pré-escolares cobertos pelo programa. O planejamento é feito a partir do número de alunos de graduação e pós-graduação por equipe; porém, é importante ressaltar que todas as visitas alcançam, pelo menos, duas salas de aula contendo 15 pré-escolares cada. Em um único dia, são visitadas todas as salas de aula de quase todas as escolas; naquelas em que não é possível ter uma cobertura total das salas em uma única visita, o programa faz um rodízio de modo que todas as salas sejam visitadas em menos de um mês de atividades.

Os planejamentos são realizados por escola e apresentam a descrição das atividades por cada dia de visita. As atividades recreativas de promoção em saúde bucal,

as palestras sobre saúde bucal e higiene geral, e a escovação supervisionada são realizadas em todas as visitas aos pré-escolares. As atividades recreativas incluem figuras de encaixe, quebra-cabeça, amarelinha, túnel, cestas do dente feliz e triste, teatro de fantoches, pescaria, oficinas com desenhos para colorir, bichos de pelúcia e jogos em equipe. Todas essas atividades estão sempre relacionadas com a saúde bucal. As atividades recreativas são realizadas priorizando as dramatizações, os meios de comunicação audiovisuais e as historinhas de faz de conta, adaptadas às necessidades específicas de cada grupo etário. As equipes escolhem, no mínimo, um brinquedo para auxiliar nas atividades recreativas de cada sessão.

As palestras sobre os cuidados com a saúde bucal abordam os temas sobre escovação e uso de fio dental, ensinando às crianças os movimentos que devem ser realizados, também enfatizando a necessidade de supervisão por parte dos pais ou cuidadores na execução da escovação e, especialmente, no uso do fio dental em casa. As palestras também discutem questões nutricionais, enfatizando a importância da ingestão de alimentos secos, duros, crus e coloridos. Os hábitos de sucção não nutritiva e o processo da cárie dentária também são debatidos.

Em relação à higiene geral, a abordagem é relacionada ao cuidado dos cabelos, unhas e roupas, lavagem das mãos e banhos. As palestras direcionadas para as crianças acontecem em conjunto com as atividades recreativas, que são conduzidas através de uma linguagem apropriada para a faixa etária, permitindo que a equipe se aproxime ainda mais do universo da criança.

Na escovação supervisionada, um membro da equipe auxilia uma criança por vez, sempre enfatizando os movimentos aprendidos nas palestras sobre escovação. Algumas vezes, os alunos de graduação utilizam o evidenciador de placa bacteriana para motivar as crianças a melhorar a execução do procedimento. Após a escovação supervisionada, a equipe utiliza os macromodelos dentários juntamente com as crianças para ressaltar os movimentos que devem ser executados. Todas as atividades acontecem na presença do educador de ensino infantil, que é o responsável pela sala de aula que está sendo visitada.

De acordo com a necessidade, algumas crianças recebem avisos na agenda escolar, que notificam os pais ou cuidadores que seu filho precisa de tratamento odontológico. Essa necessidade é sempre avaliada por um aluno de pós-graduação e, em

seguida, a equipe acompanha o pré-escolar a fim de verificar se ele está recebendo tratamento odontológico.

Palestras direcionadas aos pais ou cuidadores e à equipe pedagógica também fazem parte do planejamento de atividades de cada escola. Essas palestras, com duração de uma hora, ocorrem a cada dois meses durante as reuniões de pais e professores em cada EMEB. Elas trazem temas relacionados à saúde bucal da criança e ao autocuidado, tais como: características da dentição decídua, cuidados nutricionais, higiene bucal, fluoretação, placa dentária, desenvolvimento da cárie dentária, hábitos de sucção não nutritiva, transmissibilidade de doenças e armazenamento de escovas dentárias.

Também está incluída no planejamento de atividades do programa de promoção em saúde bucal a confecção semestral de porta-escovas pelos alunos de graduação. Esses porta-escovas, feitos para todas as salas de aula das escolas visitadas, são confeccionados a partir de material reciclado e fornecem armazenamento individual e secagem rápida das escovas.

É importante ressaltar que todas as atividades utilizam a infraestrutura das escolas municipais, como os banheiros, para a escovação supervisionada, e o pátio, para algumas das atividades recreativas, sendo que todos os materiais de apoio são fornecidos pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Todas as escolas participantes do programa de promoção em saúde bucal recebem, para cada pré-escolar, um creme dental e uma escova de dentes no início do ano escolar, financiadas pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba ou encaminhadas por meio de doação.

3.6 Resultados alcançados

Ao longo dos 17 anos do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Educação Básica de Araçatuba-SP, os resultados alcançados estreitaram a relação entre a Universidade e a comunidade, geraram trabalhos científicos derivados da extensão, estimularam a pesquisa e favoreceram a atuação mais direta na problemática da comunidade. Os resultados identificados pelo programa abrangeram, ainda, uma formação holística da equipe da FOA e maior conscientização em saúde bucal das crianças, dos pais ou cuidadores e da equipe pedagógica.

Em relação à equipe da FOA, foi observada maior sensibilização social, com o desenvolvimento de um olhar crítico para as questões em saúde bucal que envolvem a

comunidade. É importante ressaltar, ainda, o aprendizado para atuação ativa com promoção em saúde, bem como o preparo para o mercado de trabalho, pois aproxima a teoria da prática.

Em contrapartida, uma das dificuldades encontradas pelo programa foi a manutenção dos alunos voluntários ao longo do ano letivo. Muitos alunos não tinham como se deslocar até as escolas e o transporte para essas atividades não podia ser oferecido pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp). Muitas vezes, também faltou comprometimento por parte dos alunos que se candidataram para participar do programa. Todas essas dificuldades influenciaram diretamente na quantidade de escolas cobertas pelo programa e no número de crianças envolvidas, por visita, nas atividades.

Quanto às crianças, foi possível notar um avanço no aprendizado psicomotor, afetivo e cognitivo. O programa conseguiu também prevenir doenças bucais e sistêmicas, incorporar práticas de prevenção em saúde bucal e saúde geral, estabelecer vínculos afetivos, fortalecendo os laços entre o pré-escolar e o educador de ensino infantil, além de transformar o menor em agente multiplicador em saúde.

Foi verificado também o desenvolvimento de habilidade para escovação utilizando os movimentos preconizados nas palestras e o rompimento com as práticas de sucção não nutritiva. Com relação às dificuldades encontradas com as crianças, o programa constatou que a adequação da linguagem dos discursos de acordo com a faixa etária foi um grande desafio. As EMEBs possuíam crianças matriculadas com idade entre zero a seis anos e todas elas seriam cobertas pelo programa. Logo, toda a equipe se mobilizou para desenvolver atividades lúdicas e melhor utilizar o material de apoio para que a conscientização das crianças fosse sempre efetiva.

No que diz respeito aos benefícios trazidos pelo programa aos pais ou cuidadores e à equipe pedagógica, foi observado que ambos conseguiram ser sensibilizados quanto à importância do autocuidado em saúde e do cuidado com a saúde bucal da criança. Foi possível verificar também alteração nos hábitos de saúde bucal dentro do lar devido à multiplicação do conhecimento em saúde realizada pela criança, associada às palestras bimestrais executadas na escola.

Em relação aos pais ou cuidadores, as dificuldades identificadas pelo programa estavam vinculadas à falta de compromisso em participar das atividades propostas, bem como à ausência de interesse em acompanhar a saúde bucal do menor. Quanto à equipe

pedagógica, foi possível verificar a falta de cooperação e engajamento nas atividades propostas durante as visitas, ciúmes das crianças com a equipe da FOA e desorganização para o cumprimento dos horários planejados para as atividades.

3.7 Discussão

As doenças bucais representam um importante distúrbio em saúde pública, não só devido a sua escala de alcance na população, mas também pelos impactos gerados em nível individual e coletivo, ocasionando limitações funcionais, dor e restrições sociais (ARAUJO, 2003; STEPHEN et al., 2015). Com o aumento dessas doenças em escolares, o desenvolvimento de programas de promoção em saúde bucal é extremamente recomendado (RAMOS et al., 2014; TINANOFF; KANELIS; VARGAS, 2002).

O Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba – SP escolheu como público-alvo os pré-escolares, pois a demanda desse grupo por ações que prevenissem doenças e promovessem saúde era bastante alta, além de estarem passando por um período de grande relevância, a infância. O aprendizado nessa fase é muito dinâmico e favorece o estabelecimento de hábitos saudáveis, conduzindo-os ao estado de bem-estar social (BOURGEOIS; LLODRA, 2014), e promovendo saúde nas crianças e em todos os atores sociais envolvidos no cotidiano delas, os pais ou cuidadores e a equipe pedagógica.

Dessa forma, a compreensão heterogênea das relações do homem com o meio sociocultural, com sua própria história, com seus anseios, com sua condição socioeconômica e com seus níveis de desenvolvimento dá sentido ao conceito de promoção em saúde (FOCESI, 1990; WILLIAMSON et al., 2015). Todas as relações do homem com o mundo são determinantes sociais que influenciam diretamente na saúde (RUTTEN; WOLFF; STREBER, 2015). A promoção em saúde traz, ainda, princípios norteadores que valorizam a vida, a cidadania, a equidade e a solidariedade, além de várias medidas que objetivam valorizar as parcerias e as cooperações.

O programa, ao longo destes 17 anos de experiência, atuou priorizando a qualidade de vida e o bem-estar dos atores sociais envolvidos, centralizando seus esforços nas atividades que abrangessem a saúde como um todo por meio de uma abordagem holística para quaisquer intervenções. Foi observada, ainda, a ação conjunta da FOA com a Prefeitura Municipal de Araçatuba e Secretaria Municipal de Educação,

numa colaboração efetiva que alcançou aproximação das instituições e permitiu, ainda, que as atividades fossem desenvolvidas baseadas nos preceitos da promoção em saúde declarados na Carta de Ottawa.

A Carta de Ottawa surgiu com a intenção de desmistificar a ideia da promoção em saúde delimitada às medidas preventivas e aos riscos individuais, declarando a necessidade de valorização das condições de vida, dos aspectos econômicos, culturais e políticos que os indivíduos estão inseridos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Dessa forma, essa carta traz cinco ambientes de ação para o desenvolvimento da promoção em saúde na coletividade: ambientes que dão apoio à saúde; geração de políticas públicas saudáveis; fortalecimento da voz da comunidade; aprimoramento de habilidades pessoais e redirecionamento dos serviços de saúde (BUSS, 2003; VEENSTRA; BURNETT, 2014).

Todos esses aspectos podem ser observados desde a concepção à execução das atividades do programa. A criação dos ambientes suportivos em saúde podem ser notados nas visitas iniciais às EMEBs, bem como na confecção de porta-escovas para os pré-escolares. O intuito dessas atividades está no favorecimento de escolhas saudáveis pelos atores sociais envolvidos.

Quanto ao fortalecimento da ação comunitária, verificaram-se as ações de empoderamento dos alunos de graduação e pós-graduação, a realização de atividades recreativas com os pré-escolares e as palestras em saúde bucal destinadas aos pais ou cuidadores e à equipe pedagógica. Observou-se também que a participação de todos esses atores fortificou as ações e multiplicou hábitos saudáveis.

No que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades individuais, o programa constatou que as atividades de escovação supervisionada, as confecções de bilhetes avisando a necessidade de tratamento odontológico e as palestras para as crianças permitiram que todos os participantes obtivessem mais controle sobre os procedimentos executados.

Já a reorientação dos serviços de saúde pode ser observada na formação acadêmica holística dos profissionais de saúde participantes, capacitando-os para estarem aptos a acompanhar a mudança do olhar curativista para um enfoque preventivo de promoção em saúde.

Os benefícios que os programas de promoção em saúde trazem ao público-alvo e aos seus pares vão desde a prevenção de doenças, geração e multiplicação de

conhecimento, aquisição de hábitos saudáveis, sensibilização quanto ao conceito total de saúde, trabalho em equipe, cooperação entre instituições e aumento da qualidade de vida dos participantes (ARROW; RAHEB; MILLER, 2013; CHANDRASHEKAR et al., 2014; KULKARNI, 2014). Essas vantagens também foram observadas no presente estudo.

Quanto às dificuldades encontradas na realização do programa, podem ser observados impedimentos que compreendem desde a manutenção de alunos voluntários ao longo do ano letivo, perfazendo a falta de cooperação dos pais ou cuidadores e da equipe pedagógica, alcançando até mesmo o apoio financeiro para compra de material e transporte da equipe.

Poucos trabalhos são encontrados na literatura abordando os empecilhos na execução de programas que promovem saúde; assim, sugere-se um debate maior sobre o assunto a fim de que seja possível compartilhar boas experiências, mas também as ruins. As dificuldades são capazes de trazer grande enriquecimento para a área, visto que todas as ações demandam tempo, voluntários e apoio financeiro.

3.8 Conclusão

O Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP, ao longo de mais de uma década e meia de existência, consegue incentivar a formação acadêmica generalizada de toda a equipe participante e conscientizar em saúde as crianças, os pais ou cuidadores e a equipe pedagógica, favorecendo, assim, a criação de meios para o alcance do estado de bem-estar social de todos os envolvidos.

3.9 Referências

ARAÚJO, A. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 2003. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARROW, P.; RAHEB, J.; MILLER, M. Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. **BMC Public Health**, London, v. 13, p. 245, 2013.

BOURGEOIS, D. M.; LLODRA, J. C. Global burden of dental condition among children in nine countries participating in an international oral health promotion programme, 2012-2013. **Int. Dent. J.**, London, v. 64, sup. 2, p.27-34, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental; temas transversais**. Brasília, 1998.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CHANDRASHEKAR, B. R. et al. Oral health promotion among rural school children through teachers: an interventional study. **Indian J Public Health**, Calcutta, v. 58, n. 4, p. 235-240, 2014.

DOBLOUG, A.; GRYTTE, J. A ten-year longitudinal study of caries among patients aged 14-72 years in Norway. **Caries Res.**, Basel, v. 49, n. 4, p. 384-389, 2015.

ELY, H. C. et al. Dental caries reduction among adolescents: temporal and spatial distribution in 36 Southern Brazilian municipalities, 2003 and 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 421-434, 2014.

FERRAZ, G. C. **Percepção e opiniões de professores da rede Oficial de ensino fundamental: um estudo exploratório**. 2002. 91 f. Monografia (Especialização) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2002.

FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, Campinas, v. 1, n. 1, p. 19-21, 1990.

FULLER, L. A. et al. Oral health promotion: knowledge, confidence, and practices in preventing early-severe childhood caries of Virginia WIC program personnel. **J. Dent. Hyg.**, Chicago, v. 88, n. 2, p. 130-140, 2014.

HALONEN, H. et al. Outcome of a community-based oral health promotion project on primary schoolchildren's oral hygiene habits. **Int. J. Dent.**, Cairo, v. 2013, p. 485741, 2013.

HENDERSON, E.; RUBIN, G. A model of roles and responsibilities in oral health promotion based on perspectives of a community-based initiative for pre-school children in the U.K. **Br. Dent. J.**, London, v. 216, n. 5, p. E11, 2014.

KWAN, S. Y. L. et al. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bull. World Health Org.**, Geneva, v. 83, p. 677-685, 2005.

KULKARNI, G. Oral health promotion in infants and children: models and long-term effectiveness. **Int. J. Dent.**, Cairo, v. 2014, p. 385687, 2014.

LIU, Z. et al. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 11, n. 10, p. 11015-11027, 2014.

MOYSÉS, S. J. Inequalities in oral health and oral health promotion. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, n. 26, n. esp., p. 86-93, 2012.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M., ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 837-844, 2014.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, 2011.

RÜTTEN, A.; WOLFF, A., STREBER, A. Sustainable implementation of evidence-based programmes in health promotion: a theoretical framework and concept of interactive knowledge to action. **Gesundheitswesen**, Stuttgart, 2015. No prelo.

SIMPSON, K.; FREEMAN, R. Critical health promotion and education: a new research challenge. **Health Educ. Res.**, Oxford, v. 19, n. 3, p. 340-348, 2004.

STEPHEN, A. et al. Prevalence of early childhood caries and its risk factors in 18-72 month old children in Salem, Tamil Nadu. **J. Int. Soc. Prev. Community Dent.**, Mumbai, v. 5, n. 2, p. 95-102, 2015.

TAI, B. J. et al. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 37, n. 5, p. 391-398, 2009.

TINANOFF, N.; KANELIS, M. J.; VARGAS, C. M. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 24, n. 6, p. 543-551, 2002.

VEENSTRA, G.; BURNETT, P. J. Towards a relational health promotion. **Health Promot. Int.**, Oxford, 2014. No prelo.

WILLIAMSON, L. et al. Stigma as a public health tool: implications for health promotion and citizen involvement - a response to Bayer and Fairchild. **Int. J. Drug Policy**, Liverpool, v. 26, n. 7, p. 615-616, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. Geneva, 1986.

4 CAPÍTULO 2 - Avaliação de diferenças de conhecimento em saúde bucal entre pré-escolares e seus pais ou cuidadores que receberam e que não receberam promoção em saúde[‡]

Title: Evaluation of the differences in oral health knowledge among preschoolers and their parents / carers receiving and not receiving health promotion

4.1 Resumo

Introdução. Poucos estudos avaliaram os programas de promoção em saúde bucal em pré-escolas. O objetivo desta pesquisa foi avaliar se houve diferenças no conhecimento de saúde bucal entre pré-escolares e seus pais ou cuidadores que receberam e que não receberam o programa de promoção em saúde no ambiente escolar. Métodos. Este estudo observacional retrospectivo envolveu pré-escolares, com idades de 5 a 6 anos, e 169 pais ou cuidadores, pertencentes a 10 Escolas Municipais de Educação Básica (EMEBs) do município de Araçatuba-SP. Os pré-escolares do grupo intervenção (n = 93) receberam informações e atividades recreativas relacionadas à saúde bucal, enquanto que, no grupo controle (n = 90), nenhuma atividade de promoção em saúde foi fornecida. As informações sobre idade, grau de parentesco, escolaridade, renda familiar e conhecimento em saúde bucal dos cuidadores foram coletadas por meio de questionário. O conhecimento sobre saúde bucal, a idade e o gênero das crianças foram colhidos por meio de entrevistas estruturadas. As variáveis independentes foram comparadas entre grupos por meio do teste-T, Qui-quadrado e Mann-Whitney. Foi utilizado o modelo multivariado de regressão de Poisson com a finalidade de identificar a associação da aplicação do programa de promoção em saúde bucal com o conhecimento de saúde bucal dos pré-escolares e seus pais ou cuidadores. Resultados. O conhecimento em saúde bucal das crianças foi significativamente maior no grupo que recebeu as atividades do programa. O conhecimento em saúde bucal dos pais ou cuidadores não diferiu entre os grupos intervenção e controle. Conclusões. As crianças

[‡]Normas de publicação segundo à BMC Oral Health

que pertenciam às escolas que receberam o programa de promoção em saúde possuíam maior conhecimento em saúde bucal do que aquelas alocadas em escolas sem as atividades do programa.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Bucal. Pré-Escolar.

4.2 Abstract

Background. Few studies have evaluated Oral Health Promotion (OHP) programs in nursery schools. This research aimed to assess whether there were differences in oral health knowledge between preschoolers and carers who received or did not receive an OHP program in nursery schools. **Methods.** A retrospective observational study involving 5-6 years-old preschoolers and 169 carers was carried out in 10 nursery schools. The preschoolers in the OHP program group (N = 93) received information on oral health and recreational activities relating to oral health, whereas in the control group (N = 90), no OHP activity was provided. Children's age and sex, carer's age, child kinship, education and family income were collected via questionnaire. Children and carer's oral health knowledge scores were assessed through structured interviews. Independent variables were compared between groups by t-test, Chi-square and Mann-whitney test. The association between children and carer's oral health knowledge and the OHP program group was tested using multivariate Poisson regression. **Results.** Children's oral health knowledge was significantly associated with the OHP program group. Carer's oral health knowledge did not differ between intervention and control groups. **Conclusions.** Children attending nursery schools provided with OHP programs had greater oral health knowledge than those attending nursery schools without OHP activities.

Keywords: Health Promotion. Oral Health. Child, Preschool.

4.3 Introdução

As ações de promoção em saúde são desenvolvidas em ambientes escolares, visto que as principais características desse meio podem ser controladas, apresentando uma infraestrutura estabelecida e planejada para aprendizagem, além da possibilidade de fortalecer os laços entre pré-escolares, equipe pedagógica e pais ou cuidadores [1]. A escola possui um papel importante no desenvolvimento de um ambiente sistemático e contínuo na promoção em saúde [2], agrupando muitas crianças com idades semelhantes em um mesmo local, o que facilita o emprego de ações preventivas em saúde. [3].

A educação em saúde bucal, inserida no contexto da promoção em saúde, introduz o desenvolvimento de hábitos saudáveis na rotina diária dos pré-escolares. A escovação dental supervisionada, as atividades recreativas, tais como quebra-cabeças, amarelinha, teatro de fantoches, oficinas de desenhos para colorir e jogos coletivos, além das palestras sobre saúde bucal e saúde geral, são exemplos de ações que auxiliam na promoção de hábitos saudáveis [4].

Além disso, as crianças são altamente propensas a aprender, assimilar novos comportamentos e construir laços afetivos [5]. A abordagem integrada da educação em saúde e promoção em saúde tem mostrado resultados positivos na aprendizagem e na manutenção de novos hábitos e atitudes das comunidades envolvidas com essas atividades [6]. A faixa etária de 4 a 7 anos é considerada um período propício para intervenções de promoção em saúde bucal, visto que o comportamento da criança está sendo construído e ela é capaz de desenvolver hábitos de higiene e nutrição [7].

Ressalta-se que a motivação e a cooperação dos pais ou cuidadores das crianças que estão nessa faixa etária específica é essencial para o sucesso das atividades de promoção em saúde. Os pais ou cuidadores devem envolver-se na construção dos hábitos de saúde de suas crianças, uma vez que possuem um papel importante na garantia da reformulação dos hábitos, no reforço das práticas em saúde e no aprendizado do autocuidado [8].

O estabelecimento de atividades educacionais e preventivas na promoção em saúde do pré-escolar tem sido recomendado devido à demanda de cuidado em saúde de crianças nessa idade e à escassez de profissionais habilitados, fatores que refletem a necessidade de políticas públicas de saúde para a coletividade [9]. Dessa forma, nos

últimos anos, os programas de promoção em saúde bucal em ambientes escolares têm sido implementados em diferentes países, objetivando alcançar pré-escolares e seus pais ou cuidadores [7].

A maioria dos programas tem enfatizado o fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, aspectos estes ressaltados na Carta de Ottawa [10]. No entanto, poucos estudos avaliaram a efetividade dos programas de promoção em saúde bucal em pré-escolares e seus pais ou cuidadores. A avaliação desses programas é necessária pois fornece indicadores de qualidade das atividades na prática [11].

O presente estudo avaliou o Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP”, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), e teve como objetivo específico avaliar as diferenças no conhecimento em saúde bucal entre pré-escolares e seus pais ou cuidadores que receberam e que não receberam o programa de promoção em saúde.

4.4 Métodos

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o número de protocolo FOA-283.017/2013. O objetivo do estudo foi explicado a todos os pais ou cuidadores nas próprias Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs). Os dados foram coletados por meio de um questionário preenchido pelo próprio entrevistado. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram recolhidos antes da coleta se iniciar, sendo que, no caso das crianças, o termo foi assinado pelos pais ou cuidadores.

Delineamento do estudo e características da amostra

Este estudo observacional retrospectivo objetivou avaliar a efetividade do programa de promoção em saúde bucal entre os pré-escolares e seus pais ou cuidadores. Em 2013, foram selecionados pré-escolares, na faixa etária de 5 a 6 anos, oriundos de 10 EMEBs de Araçatuba, no estado de São Paulo, e seus respectivos pais ou cuidadores.

Araçatuba está localizada na região noroeste do estado de São Paulo, possui uma população de 191.662 habitantes [12], sendo que 2.937 frequentam EMEBs [13]. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano do município foi 0,788 [14], apresentando 16,2% de pobreza e índice de Gini de 0,47 [15]. A violência em Araçatuba é maior do que na capital do estado, possuindo uma taxa de 20 homicídios por 100.000 habitantes [16].

Participaram desta pesquisa pré-escolares da última série escolar do ensino básico, com idades de 5 a 6 anos, e seus respectivos pais ou cuidadores. Dos 232 pais ou cuidadores convidados a participar do estudo, 183 concordaram com a participação de seus filhos (taxa de resposta de 78,8%), sendo que 169 pais ou cuidadores devolveram o questionário que fora destinado a eles totalmente preenchido (taxa de resposta de 72,8%).

Seleção das Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs)

O município de Araçatuba possui 35 EMEBs [13]. O programa de promoção em saúde bucal da FOA visita cinco escolas ao longo de um período de seis meses consecutivos; após essa temporada, o programa move-se para cinco outras escolas. As escolas do grupo intervenção foram as últimas visitadas no primeiro semestre de 2013. Já o grupo controle foi composto por escolas, do mesmo município, que não receberam o programa. As escolas do grupo controle foram selecionadas de acordo com o posicionamento das escolas do grupo intervenção, ou seja, para cada escola do grupo intervenção havia uma escola do grupo controle no mesmo bairro.

Grupos de comparação

Foram formados dois grupos: o grupo intervenção, composto por pré-escolares, e seus respectivos pais ou cuidadores, matriculados integralmente em cinco EMEBs que receberam o programa de promoção em saúde bucal por, no mínimo, seis meses; e o grupo controle, constituído por pré-escolares matriculados integralmente em cinco EMEBs que nunca receberam o programa, e seus pais ou cuidadores.

Os dados foram coletados por um único pesquisador durante o período de abril a agosto de 2013. As entrevistas foram realizadas na escola, sendo que as crianças eram estimuladas a escolher, individualmente, dentro de uma lista de figuras, as imagens “boas” para os dentes. Adicionalmente, um questionário autoadministrado foi encaminhado a cada pai ou cuidador por meio de uma parceria com as secretarias das

escolas. Foi solicitado aos pais ou cuidadores que o questionário fosse devolvido respondido à própria secretaria da escola em um prazo máximo de duas semanas.

Estudo piloto

Utilizando os mesmos critérios do estudo principal, em duas EMEBs de Araçatuba que não foram selecionadas para fazer parte da amostra foi realizado um estudo piloto, a partir do qual a avaliação do conhecimento dos pré-escolares em saúde bucal foi modificada.

No estudo piloto, solicitou-se que as crianças desenhassem as figuras que elas consideravam “boas” para os dentes. A partir dessa atividade, notou-se que a idade e a habilidade das crianças para desenhar não permitem a utilização dessa metodologia. Dessa forma, para o estudo principal foi solicitado que os pré-escolares identificassem, dentro de uma lista de figuras, as imagens “boas” para os dentes. O questionário dos pais ou cuidadores não precisou ser modificado após o resultado do estudo piloto.

Atividades de promoção em saúde bucal

As atividades de promoção em saúde bucal foram realizadas semanalmente durante o período de seis meses; assim, cada escola do grupo intervenção recebeu 24 visitas, que tiveram duração de, aproximadamente, 90 minutos cada.

Antes da realização do programa, docentes e discentes de graduação da FOA discutiram as atividades de promoção em saúde bucal que seriam realizadas, a abordagem que deveria ser feita com as crianças e a melhor maneira de usar os materiais de apoio. Além disso, discutiram todos os temas que seriam abordados com as crianças, com os pais ou cuidadores e com a equipe pedagógica. As reuniões ocorreram a cada dois meses durante a realização do programa.

Inicialmente, os alunos de graduação e pós-graduação em Odontologia visitaram as EMEBs para planejar as atividades de saúde bucal de acordo com um plano pré-determinado. O objetivo dessas visitas foi organizar as atividades para que elas alcançassem o maior número de crianças possíveis. Cada visita foi realizada em pelo menos duas salas de aulas com 15 pré-escolares cada, de modo que todas as salas de aula fossem visitadas dentro do período de um mês.

Todas as visitas incluíam ações recreativas, palestras voltadas à promoção em saúde bucal e da saúde geral, e escovação dental supervisionada. A equipe do programa

era dividida em pequenos grupos que se responsabilizavam pelas crianças durante a realização das atividades para garantir que todos os pré-escolares recebessem todas as intervenções previstas no programa (Tabela 1).

- Atividades recreativas

As atividades recreativas relacionadas à saúde bucal incluíram figuras de encaixe, quebra-cabeças, amarelinha, túnel infantil, cestas do dente feliz e triste, teatro de fantoches, pescaria, oficinas de desenhos para colorir, macromodelos em pelúcias e jogos coletivos.

- Palestras sobre o autocuidado bucal e geral

As palestras sobre autocuidado em saúde bucal abordaram os temas escovação dental e uso do fio dental, enfatizando a necessidade da supervisão dos pais ou cuidadores e da equipe pedagógica na realização desses procedimentos no âmbito domiciliar e escolar, respectivamente. As palestras também abordaram questões nutricionais, hábitos de sucção não nutritivos e o processo de cárie dentária. Em relação à higiene geral, os tópicos abordados foram os cuidados com cabelo e unhas, lavagem das mãos, higiene durante o banho e cuidado com as roupas.

- Escovação dental supervisionada

A escovação dental supervisionada foi baseada na Técnica de Fones [17] e era realizada por um membro da equipe da FOA, que auxiliava uma criança por vez. O evidenciador de placa e macromodelos dentários foram utilizados para dar suporte a essa atividade.

A agenda escolar da criança era empregada para informar aos pais ou cuidadores sobre a necessidade de qualquer tratamento odontológico. A equipe acompanhava, ainda, se o pré-escolar identificado com necessidade de tratamento havia iniciado a terapêutica ou não.

Os pais ou cuidadores e as equipes pedagógicas também participaram de palestras que tinha como finalidade promover saúde bucal. A temática trabalhada com esses atores sociais se relacionava às crianças e ao autocuidado em saúde. As palestras ocorreram a cada dois meses e tiveram a duração de uma hora cada sessão.

Duas vezes por ano, os alunos de graduação participantes do programa elaboraram e confeccionaram porta-escovas de dente para todas as salas de aula (Tabela 1).

Instrumentos

Criança

Um formulário contendo 12 figuras foi utilizado para avaliar o conhecimento em saúde bucal das crianças [18]. Foi solicitado aos pré-escolares que identificassem, dentro de uma lista de figuras, as imagens consideradas “boas” para os dentes. A instrução dada pelo pesquisador na entrevista foi: “Marque com um X as figuras “boas” para os dentes.”

Das 12 imagens disponíveis para identificação, quatro eram relacionadas a hábitos saudáveis de saúde bucal (pasta dental, fio dental, dentista e escova de dente). As outras oito figuras estavam associadas a hábitos não saudáveis (bombons, doces e pirulitos, pipoca, refrigerantes, brigadeiro, chupar dedo, chicletes e balas, chupeta e sanduíche).

Para cada resposta correta, registrava-se um ponto. A pontuação final variou de zero a 12 pontos. Consequentemente, quanto mais respostas certas dadas, maior a pontuação final e maior o conhecimento em saúde bucal. As informações sobre a idade e o sexo das crianças também foram coletadas.

Pais ou cuidadores

O questionário usado para avaliar o conhecimento em saúde bucal dos pais ou cuidadores foi baseado nos trabalhos de Vasconcelos *et al.*[19] e Santos *et al.*[20]. Foram coletadas informações sobre idade, escolaridade, renda familiar, grau de parentesco, autoavaliação da saúde bucal, percepção da saúde bucal de seus filhos e conhecimento sobre hábitos de saúde bucal.

A autoavaliação da saúde bucal e a percepção da saúde bucal de seus filhos foi avaliada utilizando uma escala qualitativa de cinco itens: muito ruim, ruim, regular, boa, muito boa. Já o conhecimento sobre hábitos de saúde bucal foi avaliado por meio da utilização de quatro itens: escova de dente, creme dental, fio dental e enxaguante bucal.

Considerando a utilização desses itens ao longo de um dia, a pontuação para a frequência do uso da escova de dente e do creme dental foi de um ponto, se utilizado uma vez; dois pontos, se utilizado duas vezes; e três pontos, se utilizado três ou mais vezes. A pontuação para a frequência de uso do fio dental e do enxaguante bucal foi de 1 ponto, caso não utilizado; dois pontos, se utilizado uma vez; três 3 pontos, se utilizado duas vezes; e quatro pontos, se utilizado três ou mais vezes. Assim, a pontuação final

poderia variar de quatro a 14 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o conhecimento em saúde bucal que os pais ou cuidadores tinham.

Os pais ou cuidadores do grupo intervenção também foram questionados a respeito das atividades em saúde bucal realizadas nas EMEBs. Foram perguntados, também, sobre um possível aprendizado advindo dos filhos sobre saúde bucal e se observaram mudanças nos hábitos de saúde da família. Para essas perguntas, os pais ou cuidadores escolhiam “sim” ou “não” e justificavam suas respostas. As justificativas foram classificadas de acordo com a técnica de Bardin [21] e, em seguida, quantificadas.

Análise estatística

A distribuição normal das variáveis contínuas foi analisada pelo teste de Kolmogorov–Smirnov. Para comparação das variáveis contínuas entre os grupos intervenção e controle, utilizou-se o teste de Mann–Whitney. Já os dados categóricos foram analisados por meio do teste do Qui-quadrado.

Para avaliar a associação entre a pontuação de conhecimento em saúde bucal e as variáveis independentes, realizou-se uma análise bivariada para obter as razões de pontuação e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Desenvolveu-se um modelo de regressão de Poisson para realizar a análise multivariada com o objetivo de testar a associação entre os grupos intervenção e controle e ajustar para os potenciais fatores de confundimento. O modelo considerou todas as covariáveis com $p < 0,10$ na análise bivariada, as quais foram ponderadas simultaneamente na análise multivariada. O nível de significância aceito para análise multivariada foi de 5% ($p < 0,05$).

Todos os testes foram realizados utilizando o programa SPSS 22.0 (IBM Corporation, NY, USA).

4.5 Resultados

A amostra final foi constituída por 93 pré-escolares que receberam o programa de promoção em saúde bucal e seus respectivos pais ou cuidadores ($n = 85$) e por 90 pré-escolares que não receberam o programa e seus respectivos pais ou cuidadores ($n = 84$).

A média de idade dos pré-escolares foi de $5,62 \pm 0,49$ anos, sendo que 54,1% da amostra era do sexo feminino.

A pontuação média do conhecimento em saúde bucal das crianças foi significativamente maior no grupo intervenção, apresentando pontuação de 11,62 contra 8,42 do grupo controle ($p < 0,001$), como indicado na Tabela 2.

A idade média dos pais ou cuidadores foi de $33,18 \pm 8,42$ anos, sendo que 85,5% da amostra era mãe da criança. Com relação à escolaridade, 65,2% dos pais ou cuidadores tinham entre oito e 12 anos de estudo. A maioria dos participantes (56,4%) possuía renda familiar inferior a dois salários mínimos.

Os pais ou cuidadores avaliaram a própria saúde bucal como boa e/ou muito boa (66,5%). Em relação à saúde bucal de seus filhos, 69,4% acreditava que seus filhos tinham boa e/ou muito boa saúde bucal. A pontuação relacionada aos hábitos de saúde bucal dos pais ou cuidadores no grupo intervenção foi de 8,09 e, no grupo controle, de 7,90. Logo, as pontuações para o conhecimento sobre saúde bucal não diferiram estatisticamente entre os grupos intervenção e controle ($p = 0,534$).

A regressão multivariada de Poisson foi utilizada para testar a associação entre todas as variáveis independentes com a variável dependente (pontuação do conhecimento de saúde bucal das crianças). As variáveis independentes que apresentaram significância a 10% ($p < 0,10$) entraram no modelo de análise para ajuste (Tabela 3).

Os pré-escolares do grupo intervenção tiveram 1,35 vezes (ou 35% superior) mais chances de conseguir uma melhor pontuação na avaliação do conhecimento em saúde bucal quando comparados às crianças do grupo controle (Tabela 4). Já os pais ou cuidadores com menos de oito anos de escolaridade foram 0,82 vezes menos propensos a alcançar uma melhor pontuação na avaliação do conhecimento sobre saúde bucal, quando comparados aos pais ou cuidadores com mais de 12 anos de escolaridade.

As questões aplicadas exclusivamente aos pais ou cuidadores do grupo intervenção mostraram que 94,2% da amostra relatou que seus filhos receberam orientações relacionadas à promoção em saúde bucal na EMEB, sendo que 51,7% afirmou que as atividades eram importantes para a prevenção de doenças e para a promoção em saúde.

Adicionalmente, 75,2% mencionou que aprendeu algo relacionado à saúde bucal com seu filho, sendo que a escovação e o uso do fio dental foram as atividades mais relatadas (47,0%). 64,7% dos participantes identificaram mudanças nos hábitos de

saúde bucal devido ao programa de promoção em saúde. Por fim, as higiene bucal e geral foram os hábitos mais modificados, segundo a amostra (30,5%).

4.6 Discussão

Os principais achados do estudo indicaram que as crianças que recebiam o programa de promoção em saúde estavam associadas a um maior conhecimento em saúde bucal. Entretanto, a mesma associação não foi encontrada entre os pais ou cuidadores que participaram do programa.

Os resultados do presente estudo corroboram com outras pesquisas que mostraram que as intervenções de promoção em saúde bucal, desenvolvidas em ambientes promotores de saúde, podem construir novos conhecimentos em pré-escolares [8, 22]. Em contrapartida, apesar de o grupo intervenção de pais ou cuidadores ter relatado mudanças nos hábitos de saúde no âmbito doméstico, não foi encontrada nenhuma alteração significativa no conhecimento deles sobre saúde bucal quando comparados ao grupo controle.

Além disso, 75,3% dos pais ou cuidadores do grupo intervenção declarou que aprendeu algo sobre saúde bucal com suas crianças e 64,7% disse que houve mudanças nos hábitos de saúde bucal. O estudo de Santos *et al.* [23] também mostrou que pais ou cuidadores aprenderam algo relacionado à saúde bucal com seus filhos (90,5%) e foram capazes de identificar mudanças nos hábitos de saúde bucal em seus lares (87,3%).

As Escolas Promotoras de Saúde surgiram como uma estratégia bem-sucedida para melhorar a saúde, a saúde bucal e a conscientização em saúde [24]. Essa estratégia é baseada no fato de que as escolas possuem um ambiente apropriado para o desenvolvimento das habilidades das crianças e de seus comportamentos relacionados à saúde. Assim sendo, as atividades de promoção em saúde bucal podem ser introduzidas nos currículos das escolas.

O contato contínuo com a equipe da FOA, assim como a combinação de diferentes tipos de atividades durante as sessões de promoção em saúde, pode explicar a pontuação do grupo intervenção na avaliação do conhecimento em saúde bucal.

As ações do programa de promoção em saúde bucal (palestras sobre saúde bucal e saúde geral destinada aos pré-escolares, escovação dental supervisionada, e comunicados nos diários escolares) desenvolveram as habilidades pessoais das crianças,

reforçaram as ações comunitárias (capacitação dos alunos de graduação na realização de atividades do programa, atividades recreativas para promoção em saúde bucal e palestras direcionadas aos pais ou cuidadores) e criaram ambientes favoráveis para a promoção em saúde (visitas iniciais às escolas e confecção de porta-escovas), como preconizado nos princípios da Carta de Ottawa.

É sabido que as equipes de saúde que mantêm contato regular com a comunidade podem auxiliar na eficiência das intervenções de promoção em saúde, possibilitando o empoderamento dos indivíduos sobre saúde [25]. Por essa razão, o aumento do conhecimento sobre saúde bucal pode estar relacionado aos princípios da Carta de Ottawa, embora essa hipótese não tenha sido avaliada no presente estudo.

A ausência de diferença na avaliação do conhecimento em saúde bucal dos pais ou cuidadores entre os grupos intervenção e controle pode sugerir que o programa de promoção em saúde bucal aumente a periodicidade das atividades relacionadas, especificamente, a esses atores sociais a fim de deixá-los mais envolvidos e integrados às atividades desenvolvidas pelo programa.

Como a maioria das escolas que participou do programa estava localizada em áreas carentes e com altos níveis de pobreza, foi difícil auxiliar no engajamento dos pais ou cuidadores nas atividades propostas. Esse contexto social conturbado é um desafio que precisa ser abordado no desenvolvimento de futuros programas de promoção em saúde nesses locais. A relevância deste debate está associada à influência que os cuidadores exercem sobre as crianças, visto que esse período é crucial no desenvolvimento infantil, fato reconhecido por diferentes profissionais envolvidos no cuidado do menor [26].

No entanto, são escassos os estudos realizados em escolas de educação básica que avaliaram atividades de promoção em saúde bucal. Nowak e Casamassimo [27] destacam, ainda, que há uma série de benefícios caso a orientação sobre saúde bucal seja implementada precocemente. De modo mais específico, atividades de conscientização, enfatizando a importância da saúde, devem ser empregadas nas escolas de educação básica, pois as crianças estão em um momento propício para receber novas informações, possibilitando a incorporação de hábitos de saúde bucal [28].

Enfatiza-se, ainda, que o ambiente familiar de um pré-escolar é também essencial para reforçar as atividades aprendidas no programa de promoção em saúde bucal na escola. Assim, é importante motivar os pais ou cuidadores para apoiar e reforçar os

hábitos diários de saúde bucal de seus filhos, que foram obtidos a partir das atividades escolares [8].

Limitações

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para diferentes localidades nem para outros grupos etários, pois foram incluídos pré-escolares de 5 a 6 anos, matriculados nas EMEBs de Araçatuba, que foram expostos às atividades específicas do programa de promoção em saúde bucal planejadas pela FOA. No entanto, é relevante salientar a necessidade de comparar os resultados do presente estudo com outros trabalhos conduzidos, no Brasil e em outros países, com similaridade de objetivos.

A quantidade de alunos de graduação, pós-graduação e técnicos é determinante para a formação das equipes, além de ser um fator limitante para o alcance de um número maior de escolas. Foram também identificados alguns conflitos relacionados ao calendário escolar e às prioridades definidas pela coordenação da escola no início das atividades do programa. Muitas vezes, os pedagogos não se envolviam com as atividades propostas, mesmo sendo convidados a participar junto com a equipe, gerando uma possível desmotivação nos pré-escolares.

Algumas atividades de promoção em saúde tinham sua execução inviabilizada devido à infraestrutura inadequada da escola. Dessa forma, o ambiente escolar teve de ser modificado e parte das atividades ajustadas. O desenho do estudo também foi um limitante, sendo necessária a realização de estudos longitudinais sobre o tema. Deve-se, ainda, ser considerada a utilização de outros instrumentos para avaliar o conhecimento sobre saúde bucal dos pais ou cuidadores.

Implicações do estudo

Recomenda-se que futuros estudos avaliem a efetividade dos programas de promoção em saúde bucal ao longo do tempo, utilizando uma abordagem mais abrangente, incluindo índices que avaliem a condição de saúde bucal das crianças, bem como sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, deve ser feita uma análise mais detalhada das atividades realizadas a fim de que sejam evidenciadas as práticas que mais beneficiam os atores sociais destacados. Por fim, o programa precisa atuar de forma mais efetiva na conscientização de pais ou cuidadores para as práticas de

promoção em saúde, para que eles reforcem as atividades desenvolvidas com as crianças pela equipe da FOA.

4.7 Conclusão

As crianças pertencentes às EMEBs que receberam o programa de promoção em saúde, apresentaram maior conhecimento em saúde bucal do que as crianças alocadas em escolas sem as atividades do programa. O conhecimento em saúde bucal dos pais ou cuidadores não diferiu entre os grupos intervenção e controle.

4.8 Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Ministério da Educação do Brasil, pelo apoio financeiro fornecido para realização do estudo por meio da bolsa de doutorado sanduíche (processo nº 3124/14-2). Também agradecem à Universidade de Sheffield, South Yorkshire, United Kingdom, por receber a bolsista, bem como a todos os funcionários da Faculdade de Odontologia da Universidade de Sheffield.

4.9 Referências

1. Halonen H, Pesonen P, Seppä L, Peltonen E, Tjäderhane L, Anttonen V. Outcome of a community-based oral health promotion project on primary schoolchildren's oral hygiene habits. *Int J Dent*. 2013;2013:1-6.
2. Henderson E, Rubin G. A model of roles and responsibilities in oral health promotion based on perspectives of a community-based initiative for pre-school children in the U.K. *Br Dent J*. 2014;216:E11.
3. Tai BJ, Jiang H, Du MQ, Peng B. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:391-8.

4. Moysés SJ. Inequalities in oral health and oral health promotion. *Braz Oral Res.* 2012;26:86-93.
5. Agrawal N, Pushpanjali K. Feasibility of including APF gel application in a school oral health promotion program as a caries-preventive agent: a community intervention trial. *J Oral Sci.* 2011;53:185-91.
6. Sharma M, Romas JA. Theoretical foundations of health education and health promotion. Manoj Sharma: Jones and Barlett Publishers; 2008.
7. Bourgeois DM, Llodra JC. Global burden of dental condition among children in nine countries participating in an international oral health promotion programme, 2012-2013. *Int Dent J.* 2014;64:27-34.
8. Arrow P, Raheb J, Miller M. Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health.* 2013;13:245.
9. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent.* 2002;24:543-51.
10. Simpson K, Freeman R. Critical health promotion and education: a new research challenge. *Health Educ Res.* 2004;19:340-8.
11. Kageyama M, Odagiri K, Suzuki N, Honda K, Onoue K, Yamamoto M, et al. Educational effectiveness of a group health education program in the workplace and an examination of educational methods to promote behavior modification. *Sangyo Eiseigaku Zasshi.* 2014;56:141-51.
12. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2014: demographic census. <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed 12 June 2015.

13. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2012: demographic census. <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed 12 June 2015.
14. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2010: demographic census. <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed 12 June 2015.
15. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2003: demographic census. <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed 12 June 2015.
16. Waiselfisz JJ. Map of Violence 2012. The new standards of homicidal violence in Brazil. São Paulo, Sangari Institute 2012. http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf. Accessed 12 June 2015.
17. Fones CA. Mouth hygiene. Phyladelphia: Lea & Febiger; 1934.
18. Freire MM, Soares FF, Pereira MF. Knowledge on dental health, diet and oral higyene of children treated at the Dental School of the Federal University of Goias. J Bras Odontopediatr Odontol Bebe. 2002;5:195-9.
19. Vasconcelos R, Matta ML, Pordeus IA, Paiva SM. School: an important information place on oral health care for the child population. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2001;4:43-8.
20. Santos KT. Oral health education at school: an analysis of the subjects involved in the process [doctoral thesis]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2009.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
22. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J. 1999;187:6-12.

23. Santos KT, Garbin AJI, Garbin CAS. Oral health in schools: experience report. *Rev Ciênc Ext.* 2012;8:161-9.
24. Lee A. Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Appl Health Econ Health Policy.* 2009;7:11-7.
25. Arora M, Tewari A, Tripathy V, Nazar GP, Juneja NS, RamakrishnanL, et al. Community based model for preventing tobacco use among disadvantaged adolescents in urban slums of India. *Health Promot Int.* 2010;25:143-52.
26. Phillips DA, Shonkoff JP. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development.* Washington: National Academy Press; 2000.
27. Nowak AJ, Casamassimo PS. Using anticipatory guidance to provide early dental intervention. *J Am Dent Assoc.* 1995;126:1156-63.
28. Fabre RC, Vilela EM, Biffi EM. Prevention and education program on oral health for 3-5 year-old children: an experience report. *Rev CROMG.* 1998;4:101-7.

Tabela 1. Atividades do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e sua relação com a Carta de Ottawa

Atividades do Programa de Promoção em Saúde Bucal		
Atividades	Objetivos	Carta de Ottawa
O programa empodera os alunos de graduação que vão participar das atividades de promoção em saúde bucal por meio de grupos de estudo.	Discutir a abordagem que deve ser realizada com as crianças. Mostrar a melhor maneira de usar os materiais de suporte. Debater todos os tópicos que serão abordados. Capacitar os alunos de graduação para as atividades na saúde pública.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.
São realizadas visitas iniciais às Escolas Municipais de Ensino Básico antes do início das atividades.	Planejar as atividades de acordo com a disponibilidade da infraestrutura das escolas. Permitir que a equipe reflita sobre o que é necessário ser modificado no ambiente escolar. Permitir que a equipe conheça os professores e os pré-escolares. Fortalecer os laços da universidade e da comunidade. Estabelecer vínculos afetivos.	Criando ambientes favoráveis.
Atividades recreativas no contexto da promoção em saúde bucal para os pré-escolares.	Desenvolver a habilidade cognitiva das crianças. Conduzir práticas preventivas em saúde bucal e saúde geral. Transformar a criança em um multiplicador de saúde bucal. Estabelecer vínculos afetivos.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.
Palestras sobre saúde bucal e higiene geral para os pré-escolares.	Prevenir de doenças bucais e sistêmicas. Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis. Estabelecer vínculos afetivos.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Escovação dental supervisionada aos pré-escolares.	Oferecer controle de placa dentária. Prevenir doenças bucais. Melhorar a habilidade de escovação. Conscientizar sobre os benefícios da boa escovação. Transformar a criança em um multiplicador de saúde bucal. Estabelecer vínculos afetivo.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Avisos nos diários escolares.	Conscientizar os pais ou cuidadores que o filho necessita de tratamento dentário. Acompanhar o pré-escolar a fim de verificar se ele está recebendo tratamento odontológico.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Confecção de porta-escovas pelos alunos de graduação.	Fornecer armazenamento adequado para as escovas.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Criando ambientes favoráveis.
Palestras para os pais ou cuidadores.	Disseminar conhecimento sobre questões em saúde bucal focado na temática infantil e no autocuidado. Prevenir doenças bucais e sistêmicas.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.

	Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis.	
Palestras para a equipe pedagógica.	Disseminar conhecimento sobre questões em saúde bucal focado na temática infantil e no autocuidado. Prevenir doenças bucais e sistêmicas. Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis. Fortalecer o vínculo de confiança entre o professor e o pré-escolar.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.

Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas da amostra de acordo com os grupos intervenção e controle.

	Grupo intervenção	Grupo controle	Total	p valor
Crianças	(N=93)	(N=90)	(183)	
Idade, média (DP)	5,65 (0,48)	5,60 (0,49)	5,62 (0,49)	0,53 ^a
Gênero, n (%)				0,616 ^b
Feminino	53 (55,9)	47 (52,2)	99 (54,1)	
Masculino	41 (44,1)	43 (47,8)	84 (45,9)	
Conhecimento sobre saúde bucal, média (DP)	11,62 (1,00)	8,42 (2,90)	10,05 (2,68)	< 0,00 ^a
Pais ou cuidadores	(N=85)	(N=84)	(183)	
Idade, média (DP)	33,25 (8,88)	33,10 (7,96)	33,18 (8,42)	0,909 ^a
Grau de parentesco, n (%)				0,358
Mãe	70 (82,4)	75 (89,3)	145 (85,5)	
Pai	8 (9,4)	6 (7,1)	14 (8,3)	
Outro	7 (8,2)	3 (3,6)	10 (5,9)	
Escolaridade, n (%)				0,921 ^b
< 8 anos	13 (16,3)	15 (19,7)	28 (17,1)	
8-12 anos	52 (65,0)	55 (65,5)	107 (65,2)	
> 12 anos	15 (18,8)	14 (16,7)	29 (17,7)	
Renda familiar, n (%)				0,862 ^b
≤ 2 salários mínimos	36 (55,4)	39 (57,4)	75 (56,4)	
> 2 salários mínimos	29 (44,6)	29 (42,6)	58 (43,6)	
Auto-avaliação da saúde bucal, n (%)				0,403 ^b
Regular/Ruim/Muito Ruim	25 (30,5)	29 (36,7)	54 (33,5)	
Boa/Muito Boa	57 (69,5)	50 (63,3)	107 (66,5)	
Percepção da saúde bucal da criança, n (%)				0,733 ^b
Regular/Ruim/Muito Ruim	26 (32,1)	23 (29,1)	49 (30,6)	
Boa/Muito Boa	55 (68,9)	56 (70,9)	111 (69,4)	

^a p-valor referido ao test T

^b p-valor referido ao teste Qui-quadrado

Tabela 3. Razões de pontuação dos fatores associados ao conhecimento em saúde bucal das crianças.

	Razão de pontuação bruta	IC 95%	p valor	Razão de pontuação ajustada	IC 95%	p valor
Nível de desenvolvimento em saúde bucal						
Grupo intervenção	1,38	1,28–1,48	< 0,001	1,35 ^a	1,25–1,46	< 0,001
Grupo controle	1			1		
Características socioeconômicas						
Escolaridade dos cuidadores						
< 8 anos	0,80	0,69–0,92	< 0,001	0,82 ^b	0,74–0,92	< 0,001
8-12 anos	0,87	0,81–0,94	< 0,001	0,90	0,84–0,97	0,006
> 12 anos	1			1		
Renda familiar						
≤ 2 salários mínimos	0,95	0,86–1,04	0,249			
> 2 salários mínimos	1					
Características demográficas						
Idade dos cuidadores						
< 30 anos	1					
30-35 anos	0,96	0,85–1,09	0,524			
≥ 36 anos	1,07	0,97–1,17	0,175			
Grau de parentesco						
Outro	1					
Mãe	0,96	0,85–1,09	0,540			
Pai	0,96	0,80–1,16	0,665			
Idade das crianças						
5 anos	0,99	0,45–2,21	0,984			
6 anos	1					
Gênero da criança						
Masculino	1					
Feminino	0,99	0,91–1,06	0,702			

^a Estima-se que uma criança do grupo intervenção pontue, em média, 1,35 vezes mais (ou 35% melhor) que uma criança do grupo controle.

^b Estima-se que os cuidadores com oito anos ou menos de escolaridade pontuem, em média, 0,82 vezes menos que os cuidadores com 12 anos ou mais de escolaridade.

Tabela 4. Comparação das pontuações entre os grupos intervenção e controle sobre o conhecimento de hábitos de saúde bucal.

	Grupo intervenção	Grupo controle	Total	p valor
Número de crianças participantes	(N = 93)	(N = 90)	(N = 183)	
Conhecimento sobre saúde bucal, média (DP)	11,62 (1,00)	8,42 (2,90)	10,05 (2,68)	< 0,001
Número de pais ou cuidadores participantes	(N=85)	(N=84)	(N = 169)	
Conhecimento sobre saúde bucal, média (DP)	8,09 (2,53)	7,90 (2,51)	8,00 (2,51)	0,534

p valor referido ao teste de Mann-Whitney

Teste de Kolgomornov-Smirnov para distribuição normal de ambas pontuações: $p < 0,001$

5 CAPÍTULO 3 - Avaliação comparativa do conhecimento sobre saúde bucal entre equipes pedagógicas que receberam e que não receberam promoção em saúde

Title: Comparative evaluation of the oral health knowledge among teaching staff receiving and not receiving health promotion[§]

5.1 Resumo

Objetivo: Este estudo objetivou avaliar, de forma comparativa, as diferenças no conhecimento sobre saúde bucal das equipes pedagógicas que receberam e que não receberam o Programa Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA). **Materiais e métodos:** Participaram deste estudo transversal 76 professores pertencentes a 10 Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs). As equipes pedagógicas do grupo intervenção receberam as atividades do programa de promoção em saúde bucal da FOA (n=38); em contrapartida, as equipes alocadas no grupo controle não receberam essas atividades (n=37). Os dados foram coletados por meio de um questionário com o objetivo de identificar o pedagogo (gênero, função na escola, idade, escolaridade) e avaliar o conhecimento dele sobre saúde bucal (placa dentária, cárie dentária, escova de dente, armazenamento de escovas, pasta dentária, chupeta, hábitos de higiene bucal). As variáveis independentes foram comparadas entre grupos por meio de testes estatísticos. 76,6% da amostra total era de professores do ensino infantil, sendo que apenas um participante era do gênero masculino. A média de idade dos dois grupos foi de 41 anos e o grau de escolaridade prevalente foi a pós-graduação completa (88,1%). A pesquisa identificou um comportamento bastante similar nas respostas do questionário para ambos os grupos formados, sendo que o conhecimento identificado nas avaliações se aproximava do senso comum. **Conclusão:** Este estudo concluiu que não existem diferenças significantes no conhecimento sobre saúde bucal entre os grupos avaliados. **Palavras-chave:** Promoção da saúde. Pré-escolar. Saúde bucal.

[§] Normas de publicação segundo à Oral Health and Preventive Dentistry

5.2 Abstract

Objective: This study's goal was to evaluate, comparatively, the differences between the oral health knowledge of two teaching staff groups: those that were part of the oral health promotion programs and those that were not. **Materials and methods:** 76 teachers from ten nursery schools participated of this transversal study. The teaching staff of the intervention group were part of the activities of the “Oral Health Promotion Program in stated funded nursery schools of Araçatuba, São Paulo State” of the Araçatuba Dental School (Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/Unesp) (n=38), however, the teachers from the control group were not part of the activities (n=37). The data were collected through questionnaire with the goal to identify the educator (sex; function at the school; age; years of schooling), and to evaluate the educator's knowledge regarding oral health (dental plaque, dental caries, toothbrush, storage of toothbrushes, tooth paste, pacifier, oral hygiene habits). The independent variables were compared between the groups through statistical tests. 76.6% of the sample was of teachers of the nursery schools and only one participant was male. The average age between both groups was 41 and the average education level was of graduation (88.1%). The research identified a very similar behavior in the questionnaire answers from both groups, and the knowledge identified on the evaluation was close to common sense. **Conclusion:** This study concluded that there were not significant differences on the oral health knowledge between the evaluated groups.

Keywords: Health Promotion. Oral Health. Child, Preschool.

5.3 Introdução

A alta prevalência da cárie dentária e de doença periodontal associada à lógica curativista e capitalista do setor da saúde está diretamente relacionada com os problemas na qualidade de vida do cidadão, bem como com o enorme gasto com procedimentos restauradores no sistema público de saúde (Silveira et al, 2014).

É sabido que a eficácia dos tratamentos propostos para essas enfermidades não depende exclusivamente da habilidade profissional do cirurgião-dentista e de seu conhecimento científico sobre a terapêutica, mas também da colaboração dedicada do

paciente (Roshna and Nandakumar, 2012). Todavia, a falta de profissionais habilitados, associada a uma alta demanda de procedimentos restauradores, prejudica a conscientização da população no empoderamento de sua saúde, gerando uma insatisfação popular (Miccas and Batista, 2014).

Esse descrédito com o setor da saúde alavancou transformações que possibilitaram entender que a relação saúde e doença não é estática e está sujeita à influência dos mais variados aspectos da vida (Bloch et al, 2014). Essa compreensão é retomada na conceituação da promoção em saúde, cujas ações de prevenção de enfermidades e proteção do indivíduo estão conectadas com os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais da vida das pessoas (Coe and Beyer, 2014), o que permite a atuação intersectorial no enfrentamento dos problemas de saúde, uma vez que estes deixam de ser responsabilidade exclusiva de um único setor (Azevedo et al, 2012).

O conceito da promoção em saúde foi divulgado na 1ª Conferência Internacional de Promoção em Saúde, em 1986, por meio da publicação da Carta de Ottawa (World Health Organization, 1986). Essa carta propôs cinco medidas que norteiam o emprego da promoção em saúde na coletividade: construção de políticas públicas em saúde, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento das ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde em prol da prevenção de doenças e promoção de bem-estar (World Health Organization, 1986). A partir desse momento, surgiram muitas atividades que priorizavam essas medidas nas mais variadas áreas da saúde, destacando-se diversos ambientes facilitadores, dentre eles, a escola (Banfield et al, 2015).

A escola é um ambiente que contém um cenário muito rico para a atuação eficaz da promoção em saúde, pois apresenta estrutura física que permite ao pré-escolar adquirir novas ideias, o que motiva o aprendizado e propicia o maior número de relações interpessoais entre alunos e outros pares (Hanolen et al, 2013). Além disso, a escola tem uma função importante no desenvolvimento contínuo das atividades de promoção em saúde (Henderson and Rubin, 2014), reunindo, em um mesmo ambiente, crianças em idade adequada para o aprendizado de ações preventivas que potencializem o estado de bem-estar (Tai et al, 2009).

É na infância que os hábitos em saúde estão sendo desenvolvidos (Albamonte et al, 2009). Por consequência, o papel da escola vai muito além do provimento de educação formal aos alunos, destacando-se, assim, a atuação da escola como facilitador

na criação de alternativas que permitam que os alunos se autoeduquem, conscientizando e politizando esse futuro cidadão (Brasil, 1998).

A promoção em saúde bucal associada ao ambiente escolar pode trazer grandes benefícios aos escolares e aos indivíduos que estão presentes no cotidiano do menor, pois este último atua como multiplicador de saúde, auxiliando, até mesmo, na mudança de hábitos dos familiares (Gibbs et al, 2015). Todavia, para que essa atuação possa ser efetiva, é necessária uma abordagem multiprofissional, integrando a equipe pedagógica da escola com as atividades de promoção em saúde bucal (Castro et al, 2014). A participação dessa equipe está diretamente relacionada com a motivação e o envolvimento do pré-escolar (Pommier et al, 2010).

Dessa forma, a parceria entre o profissional de saúde bucal e o educador de ensino infantil é essencial para que as atividades propostas possam se tornar um hábito e fazer parte da rotina de todos os envolvidos (Arcieri et al, 2013). É importante ressaltar que o professor está em contato diário com a criança e desempenha grande influência no comportamento do pré-escolar (Silva et al, 2011).

Diante da importância do papel do educador de ensino infantil nas atividades propostas de promoção em saúde bucal, este estudo objetivou avaliar, de forma comparativa, as diferenças no conhecimento sobre saúde bucal das equipes pedagógicas que receberam e das que não receberam o Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA).

5.4 Materiais e Métodos

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o número de protocolo FOA-283.017/2013. O objetivo do trabalho foi explicado a todas as equipes pedagógicas nas próprias Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBs), e os dados foram coletados por meio de um questionário preenchido pelo próprio participante. Ressalta-se que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido estavam devidamente assinados para que a coleta de dados se iniciasse.

Delineamento do estudo e características da amostra

Em 2013, foi realizado um estudo observacional retrospectivo para avaliar as diferenças no conhecimento das equipes pedagógicas que receberam e não receberam as atividades do programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. As equipes pedagógicas participantes pertenciam a 10 EMEBs do município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. Dos 85 profissionais que faziam parte dessas equipes, 76 concordaram em participar do estudo (taxa de resposta de 89%).

Araçatuba está localizada na região noroeste do estado de São Paulo, Brasil. Possui uma população de 191.662 habitantes (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2014), sendo que 2.937 habitantes estão matriculados em EMEBs (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2012). Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano do município foi de 0,788 (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2010), apresentando 16,2% de pobreza e o índice de Gini de 0,47 (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2003). A violência em Araçatuba é maior do que na capital do estado, possuindo uma taxa de 20 homicídios por 100.000 habitantes, aproximadamente (Waiselfisz, 2015).

Seleção das Escolas Municipais de Educação Básica (EMEBs)

O município de Araçatuba possui 35 Escolas Municipais de Ensino Básico (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2012). O programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba visita cinco escolas ao longo de um período de seis meses consecutivos, sendo que, após essa temporada, o programa move-se para cinco outras escolas. As escolas do grupo intervenção foram as últimas visitadas no primeiro semestre de 2013. Já o grupo controle foi composto por EMEBs que nunca haviam recebido o programa. As escolas do grupo controle foram selecionadas de acordo com o posicionamento das escolas do grupo intervenção, ou seja, para cada escola do grupo intervenção havia uma escola do grupo controle dentro do mesmo bairro.

Grupos de comparação

Formaram-se dois grupos: o grupo intervenção, composto por equipes pedagógicas de cinco EMEBs que receberam o programa de promoção em saúde bucal

da FOA por, no mínimo, seis meses; e o grupo controle, constituído por equipes pedagógicas de EMEBs que nunca receberam o programa.

Os dados foram coletados no Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC) das 10 escolas, de abril a agosto de 2013. Os questionários foram entregues aos pedagogos, sendo que eles deveriam responder às questões individualmente. Um único pesquisador supervisionou todas as aplicações dos questionários, coibindo qualquer forma de comunicação entre os educadores.

Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto em duas EMEBs que não participaram da amostra. O questionário das equipes pedagógicas não precisou ser modificado após o resultado do estudo piloto.

Atividades de promoção em saúde bucal

As atividades de promoção em saúde bucal foram realizadas semanalmente durante o período de seis meses. Dessa forma, cada escola do grupo intervenção recebeu 24 visitas, sendo que cada visita teve duração de, aproximadamente, 90 minutos.

Antes da realização do programa, docentes e discentes da graduação da FOA discutiram as atividades de promoção em saúde bucal que seriam realizadas, a abordagem que deveria ser executada com as crianças, a melhor maneira de usar os materiais de apoio e todos os temas que seriam tratados com as crianças, pais ou cuidadores e a equipe pedagógica. As reuniões ocorreram a cada dois meses, durante a realização do programa.

Inicialmente, os alunos de graduação e pós-graduação em Odontologia visitaram as escolas para planejar as atividades de saúde bucal de acordo com um planejamento pré-determinado. O objetivo dessas visitas foi organizar as atividades para que elas alcançassem o maior número de crianças possíveis. Cada visita foi realizada em, pelo menos, duas salas de aulas com 15 pré-escolares cada, de modo que todas as salas de aula fossem visitadas dentro de um mês de atividade.

Todas as visitas incluíram ações recreativas, palestras voltadas à promoção em saúde bucal e higiene pessoal, e escovação dental supervisionada. A equipe do programa foi dividida em pequenos grupos que se responsabilizavam pelas crianças durante a

realização das atividades a fim de garantir que todos os pré-escolares recebessem todas as intervenções previstas no programa (Tabela 1).

- Atividades recreativas

As atividades recreativas relacionadas à saúde bucal incluíram figuras de encaixe, quebra-cabeças, amarelinha, túnel infantil, cestas do dente feliz e triste, teatro de fantoches, pescaria, oficinas de desenhos para colorir, macromodelos em pelúcias e jogos coletivos. Todas essas atividades eram supervisionadas pelo pedagogo responsável pela sala de aula visitada.

- Palestras sobre o autocuidado bucal e geral

As palestras sobre autocuidado em saúde bucal abordaram os temas escovação dental e uso do fio dental, enfatizando a necessidade da supervisão pelos pais ou cuidadores e equipe pedagógica na realização desses procedimentos no âmbito domiciliar e escolar, respectivamente. As palestras também abordaram questões nutricionais, hábitos de sucção não nutritiva e o processo de cárie dentária. Em relação à higiene geral, os tópicos abordados foram os cuidados com cabelo e unhas, lavagem das mãos, higiene durante o banho e cuidado com as roupas.

- Escovação dental supervisionada

A escovação dental supervisionada foi baseada na Técnica de Fones (Fones, 1934) e era realizada por um membro da equipe da FOA, que auxiliava uma criança por vez. O evidenciador de placa e macromodelos dentários foram utilizados para dar suporte a essa atividade.

A agenda escolar da criança era empregada para informar aos pais ou cuidadores sobre a necessidade de qualquer tratamento odontológico. A equipe acompanhava, ainda, se o pré-escolar identificado com necessidade de tratamento havia iniciado a terapêutica ou não.

Os pais ou cuidadores e as equipes pedagógicas também participaram de palestras, que ocorreram a cada dois meses e tiveram a duração de uma hora, com a finalidade de promover saúde bucal. A temática trabalhada com esses atores sociais se relacionava às crianças e ao autocuidado em saúde.

Os alunos de graduação participantes do programa elaboraram e produziram porta-escovas de dente para todas as salas de aula. A confecção dos porta-escovas era realizada duas vezes por ano. Mais detalhes do programa podem ser observados na Tabela 1.

Instrumentos

Equipe Pedagógica

O questionário para avaliar o conhecimento em saúde bucal das equipes pedagógicas foi baseado no trabalho de Vasconcelos et al (2001) e Santos (2009). Coletaram-se informações sobre gênero, função que ocupava na escola, idade e escolaridade, reunindo, ainda, dados que avaliavam o conhecimento dos pedagogos sobre placa dentária, cárie dentária, escova de dente, armazenamento de escovas, creme dental, chupeta e hábitos de higiene bucal.

Análise estatística

A análise estatística descritiva foi realizada no programa Epi Info 3.5.1. O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para verificar diferenças estatisticamente significantes entre os grupos formados. O nível de significância foi estabelecido em 0,05 em uma prova bilateral.

5.5 Resultados

Participaram desta pesquisa 76 profissionais que compõem as equipes pedagógicas de 10 EMEBs do município de Araçatuba, São Paulo. Ambos os grupos tinham 38 participantes, sendo que 73,7% eram professores, 13,2% eram diretores e 13,1% eram coordenadores pedagógicos. A idade média dos participantes foi de 41 anos.

Os educadores do grupo intervenção apresentaram maior número de profissionais com pós-graduação completa (92,1%) quando comparados com os educadores do grupo controle (84,2%). A área de especialidade mais mencionada pelos dois grupos foi a da Educação (42,1%).

A partir das perguntas que avaliavam os conhecimentos específicos, 89,5% do grupo intervenção afirmou que o professor de ensino infantil deve atuar como educador em saúde bucal; todavia, 21% dos participantes do grupo controle mencionaram que essa não é uma competência do pedagogo. Destaca-se, ainda, que 47,4% do grupo intervenção e 26,3% do grupo controle sentem-se aptos a orientar pais e alunos a respeito de uma correta alimentação e higienização. Quando os participantes foram

questionados a respeito da importância de programas de promoção em saúde bucal na escola, a totalidade da amostra afirmou a relevância da realização desses programas.

Quando os dois grupos foram questionados a respeito do que é placa bacteriana, ambos afirmaram que a placa correspondia a restos alimentares nos dentes (76,3%). Notou-se também que o grupo intervenção e o grupo controle também se comportaram de forma igual quando mencionaram que a cárie é uma doença transmissível (26,3%). Os membros da amostra também foram interrogados sobre a necessidade de restauração do dente de leite cariado. 76,3% dos participantes do grupo intervenção e 81,5% dos participantes do grupo controle afirmaram a importância dessa medida terapêutica na manutenção da saúde bucal.

No que se refere à escova dentária, o grupo intervenção (92,1%) e o grupo controle (100%) reconheceram que uma boa escova dental para crianças deve possuir cerdas macias e cabeça pequena. É importante ressaltar, ainda, que, segundo os pedagogos participantes do grupo intervenção e controle, em apenas 10,5% de todas as escolas avaliadas as escovas dentárias eram armazenadas em porta-escovas, das quais 80,2% eram identificadas.

Houve uma variação discreta na taxa de respostas corretas no que tange a quantidade adequada de creme dental com flúor para escovação dental em crianças, quando comparado o grupo intervenção (79%) ao grupo controle (76,3%). Os dois grupos obtiveram, ainda, a mesma porcentagem de acerto no que diz respeito ao uso de chupeta (97,4%); entretanto, a média amostral dos grupos mostrou que apenas 17,1% dos participantes afirmaram que a idade ideal para o abandono da chupeta é dos 3 aos 4 anos de idade.

Em relação aos hábitos de higiene bucal, o grupo intervenção (89,5%) e o grupo controle (92,1%) afirmaram utilizar escova dentária e creme dental três vezes ou mais por dia. Essa mesma frequência de higienização pode ser notada no uso do fio dental; todavia, os participantes do grupo intervenção apresentaram maior porcentagem (50%) de utilização do fio dental em comparação ao grupo controle (43,7%).

Com o intuito de verificar a existência ou não de diferenças, estatisticamente significantes, entre as frequências de respostas emitidas pelas equipes pedagógicas dos dois grupos formados, foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (Siegel, 1975). O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral (Siegel, 1975). Todavia, não foram encontrados valores significativos.

É importante enfatizar que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa que avaliou, também, de forma comparativa, os pré-escolares e seus pais ou cuidadores. Foram utilizadas as mesmas EMEBs a fim de abranger todos os atores sociais envolvidos no ambiente escolar. Foi constatado, por meio do teste T, que o programa de promoção em saúde bucal da FOA está associado ao maior conhecimento de saúde bucal em pré-escolares ($p < 0,001$). Contudo, o mesmo não pode ser mencionado para pais ou cuidadores (Tabela 2).

5.6 Discussão

Os principais achados deste estudo indicaram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na avaliação comparativa do conhecimento sobre saúde bucal das equipes pedagógicas dos grupos intervenção e controle.

Acredita-se que esse resultado é um reflexo das dificuldades inscritas no cotidiano do magistério (Barbosa, 2012). Os pedagogos, especialmente os que atuam na educação básica, se deparam com um mercado de trabalho restrito, salários reduzidos e falta de valorização do profissional como modelador do comportamento social do pré-escolar (Koselski, 2014). Por consequência dessa realidade, a busca por melhores incentivos na jornada de trabalho fez com que o número de profissionais com pós-graduação completa aumentasse (Arantes and Gebran, 2014), fato que pode ser observado no presente estudo.

Sugere-se, assim, que os programas implantados na escola, a fim de promover saúde, intensifiquem as atividades direcionadas à equipe pedagógica a fim de motivá-la e sensibilizá-la sobre as metas das intervenções, permitindo que se sinta parte integrante das atividades propostas e, conseqüentemente, inserida num ambiente que aprecia sua força de trabalho.

Apesar do contexto profissional e social conturbado desses profissionais, todos os participantes deste estudo afirmaram considerar importante programas de promoção em saúde bucal realizados na escola. 89,5% dos participantes do grupo intervenção afirmaram, ainda, que o professor de ensino infantil deve atuar como educador em saúde bucal. Os trabalhos de Saliba and Saliba (1970) e Cord et al (2015) identificaram que os pedagogos são elementos essenciais para o sucesso das atividades de promoção em saúde, uma vez que eles auxiliam na abordagem à criança, além de serem uma ponte

entre o pré-escolar e seu pais ou cuidadores. Ressalta-se, assim, a importância da atuação da equipe pedagógica nas atividades de promoção em saúde.

A análise das questões que avaliaram o conhecimento em saúde bucal (placa dentária, cárie dentária, restauração de dentes decíduos, escovas dentárias, creme dental e chupeta) mostrou que os dois grupos obtiveram porcentagens similares nas respostas das perguntas, apresentando dificuldades que são compatíveis com as apresentadas no senso comum de uma população. Santos et al (2012) constatou que o conhecimento sobre saúde bucal em pedagogos necessita se solidificar, abrangendo uma compreensão mais aprofundada da temática para que possam atuar ativamente como promotores de saúde bucal.

É importante destacar também que os dois grupos formados neste estudo tiveram uma taxa de resposta expressiva ao afirmarem que a maioria das escovas dentárias de seus alunos eram identificadas (80,2%), apesar de a maior parte das escolas acondicionarem-nas de forma inadequada, segundo os participantes do estudo. É sabido que as escovas dentárias têm potencial de transmissibilidade e de inoculação de microrganismo, seja por meio de lesões pré-existentes seja pela abrasão gengival ocorrida durante o processo de higienização, enfatizando, assim, a importância da correta armazenagem para evitar a contaminação cruzada (Peker et al, 2014).

Além disso, o grupo intervenção apresentou uma frequência mais expressiva do que o grupo controle no que se refere à realização de hábitos de higiene bucal no cotidiano. Esse fato demonstra que, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significantes quando os dois grupos foram comparados, o grupo intervenção está mais bem condicionado a praticar bons hábitos em saúde bucal, sugerindo uma sensibilização por parte do programa.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para outras localidades pois a pesquisa foi realizada em escolas municipais de Araçatuba, São Paulo, que foram expostas às atividades do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP da FOA. Entretanto, é relevante salientar a necessidade de comparar os resultados do presente estudo com outros trabalhos conduzidos com similaridade de objetivos no Brasil e em outros países.

A quantidade de alunos de graduação, pós-graduação e técnicos é determinante para a formação das equipes, além de ser um fator limitante para o alcance de um número maior de escolas. Foram também identificados alguns conflitos relacionados à cooperação do educador de ensino infantil e a equipe da FOA. Muitas vezes, os pedagogos não seguiam o cronograma entregue no início das atividades ou apresentavam comportamento hostil na abordagem com a equipe. Foi observada também uma mudança nas prioridades da coordenação de algumas escolas, prejudicando a utilização da infraestrutura escolar, o que levou à desmotivação de toda a equipe pedagógica.

As atividades de promoção em saúde bucal tiveram que sofrer alterações e se adequarem a algumas escolas a fim de viabilizar a realização do programa, criando ambientes favoráveis para a promoção em saúde.

Implicações do estudo

É necessário que outros estudos avaliem a eficácia, ao longo do tempo, do Programa de Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico de Araçatuba-SP, utilizando instrumentos que mensurem a qualidade de vida e classifiquem a condição de saúde bucal da equipe pedagógica envolvida no programa. Além disso, deve ser feita uma análise mais detalhada das atividades realizadas a fim de que sejam evidenciadas as práticas que mais beneficiam o ator social destacado. Por fim, o programa precisa atuar de forma mais efetiva na conscientização dos educadores para as práticas de promoção em saúde para que eles reforcem as atividades desenvolvidas pela equipe da FOA, motivando diariamente as crianças.

5.7 Conclusão

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na avaliação do conhecimento sobre saúde bucal para os dois grupos formados.

5.8 Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida à Paula Caetano Araújo.

5.9 Referências

1. Albamonte LIMS, Charone S, Groisman S. Analysis of the oral health content in the sciences textbooks of the elementary education's first grade. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009;9:295-301.
2. Arantes APP, Gebran RA. O curso de pedagogia e o processo de formação do pedagogo no brasil: percurso histórico e marcos legais. *HOLOS* 2014;6:280-295.
3. Arcieri RM, Rovida TAS, Lima DP, Garbin AJI, Garbin CAS. Analysis of teacher knowledge of early Childhood Education on oral health. *Educar Rev* 2013;47:301-314.
4. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Intersectoral practices in public policies for health promotion. *Physis* 2012;22:1333-1356.
5. Banfield M, McGorm K, Sargent G. Health promotion in schools: a multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC Nurs* 2015;14:21.
6. Barbosa A. Low salaries implications on brazilian teachers' work. *Rev Educ Polit Debate* 2012;2:384-408.
7. Bloch P, Toft U, Reinbach HC, Clausen LT, Mikkelsen BE, Poulsen K, Jensen BB. Revitalizing the setting approach: supersettings for sustainable impact in community health promotion. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014;11:118.

8. Brasil. Education and Culture Ministry. National curriculum guidelines: third and fourth cycles of basic education; cross - s sectional themes. Brasilia: Education and Culture Ministry, 1998.
9. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2014: demographic census. Available at <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed on 12 June 2015.
10. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2012: demographic census. Available at <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed on 12 June 2015.
11. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2010: demographic census. Available at <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed on 12 June 2015.
12. Brazilian Institute of Geography and Statistics. IBGE 2003: demographic census. Available at <http://www.ibge.gov.br/home>. Accessed on 12 June 2015.
13. Castro LMC, Rotenberg S, Gugelmin SA, Souza TSN, Maldonado LA, Menezes MFG, et al. Valente MC. Health, health promotion and multiplying agents: concepts of health and education professionals in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Demetra* 2014;9:467-481.
14. Coe G, Beyer J. The imperative for health promotion in universal health coverage. *Glob Health Sci Pract* 2014;2:10-22.
15. Cord D, Gesser M, Nunes ASB, Storti MMT. The meanings that professionals who work in the School Health Program (SHP) give to learning difficulties: pathologization and medicalization of school failure. *Psicol Cienc Prof* 2015;35:40-53.
16. Fones CA. Mouth hygiene. Philadelphia: Lea & Febiger; 1934.
17. Gibbs L, Waters E, Christian B, Gold L, Young D, Silva A et al. Teeth Tales: a community-based child oral health promotion trial with migrant families in Australia. *BMJ Open* 2015;5:e007321.

18. Halonen H, Pesonen P, Seppä L, Peltonen E, Tjäderhane L, Anttonen V. Outcome of a community-based oral health promotion project on primary schoolchildren's oral hygiene habits. *International Journal of Dentistry* 2013;2013:1-6.
19. Henderson E, Rubin G. A model of roles and responsibilities in oral health promotion based on perspectives of a community-based initiative for pre-school children in the U.K. *Br Dent J* 2014;216:E11.
20. Koselski AC. Teacher: a career in extinction or lack of motivation? *Rev Intersaberes* 2014;9:178-188.
21. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública* 2014;48:170-185.
22. Peker I, Akca G, Sarikir C, Alkurt MT, Celik I. Effectiveness of alternative methods for toothbrush disinfection: an in vitro study. *Sci World J* 2014;2014:726190.
23. Pommier J, Guével MR, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health* 2010;10:43.
24. Roshna T, Nandakumar K. Generalized aggressive periodontitis and its treatment options: case reports and review of the literature. *Case Rep Med* 2012;2012:535321.
25. Santos KT. Oral health education at school: an analysis of the subjects involved in the process [doctoral thesis]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2009.
26. Santos KT, Garbin AJI, Garbin CAS. Oral health in schools: experience report. *Rev Ciênc Ext* 2012;8:161-169.
27. Saliba NA, Saliba O. Education in oral health and primary teacher. *Estomatol Cult* 1970;1:83-104.

28. Siegel S. Estatística não-paramétrica, para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
29. Silva KM, Spinrad TL, Eisenberg N, Sulik MJ, Valiente C, Huerta S, et al. Relations of children's effortful control and teacher-child relationship quality to school attitudes in a low-income sample. *Early Educ Dev* 2011;22:434-460.
30. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impact of oral health on the physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cad Saúde Pública* 2014;30:1-15.
31. Tai BJ, Jiang H, Du MQ, Penq B. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:391-398.
32. Vasconcelos R, Matta ML, Pordeus IA, Paiva SM. School: an important information place on oral health care for the child population. *PGR Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2001;4:43-48.
33. Waiselfisz JJ. Map of Violence 2012. The new standards of homicidal violence in Brazil. Available at http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf, Accessed on 12 June 2015.
34. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.

Tabela 1. Atividades do Programa do Promoção em saúde bucal nas Escolas Municipais de Ensino Básico da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e sua relação com a Carta de Ottawa.

Atividades do Programa de Promoção em Saúde Bucal		
Atividades	Objetivos	Carta de Ottawa
O programa empodera os alunos de graduação que vão participar das atividades de promoção em saúde bucal por meio de grupos de estudo.	Discutir a abordagem que deve ser realizada com as crianças. Mostrar a melhor maneira de usar os materiais de suporte. Debater todos os tópicos que serão abordados. Capacitar os alunos de graduação para as atividades na saúde pública.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.
São realizadas visitas iniciais às Escolas Municipais de Ensino Básico antes do início das atividades.	Planejar as atividades de acordo com a disponibilidade da infraestrutura das escolas. Permitir que a equipe reflita sobre o que é necessário ser modificado no ambiente escolar. Permitir que a equipe conheça os professores e os pré-escolares. Fortalecer os laços da universidade e da comunidade. Estabelecer vínculos afetivos.	Criando ambientes favoráveis.
Atividades recreativas no contexto da promoção em saúde bucal para os pré-escolares.	Desenvolver a habilidade cognitiva das crianças. Conduzir práticas preventivas em saúde bucal e saúde geral. Transformar a criança em um multiplicador de saúde bucal. Estabelecer vínculos afetivos.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.
Palestras sobre saúde bucal e higiene geral para os pré-escolares.	Prevenir de doenças bucais e sistêmicas. Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis. Estabelecer vínculos afetivos.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Escovação dental supervisionada aos pré-escolares.	Oferecer controle de placa dentária. Prevenir doenças bucais. Melhorar a habilidade de escovação. Conscientizar sobre os benefícios da boa escovação. Transformar a criança em um multiplicador de saúde bucal. Estabelecer vínculos afetivo.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Avisos nos diários escolares.	Conscientizar os pais ou cuidadores que o filho necessita de tratamento dentário. Acompanhar o pré-escolar a fim de verificar se ele está recebendo tratamento odontológico.	Desenvolvendo habilidades pessoais.
Confecção de porta-escovas pelos alunos de graduação.	Fornecer armazenamento adequado para as escovas.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Criando ambientes favoráveis.
Palestras para os pais ou cuidadores.	Disseminar conhecimento sobre questões em saúde bucal focado na temática infantil e no autocuidado. Prevenir doenças bucais e sistêmicas.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.

	Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis.	
Palestras para a equipe pedagógica.	Disseminar conhecimento sobre questões em saúde bucal focado na temática infantil e no autocuidado. Prevenir doenças bucais e sistêmicas. Incorporar práticas preventivas e hábitos saudáveis. Fortalecer o vínculo de confiança entre o professor e o pré-escolar.	Desenvolvendo habilidades pessoais. Reforçando a ação comunitária.

Tabela 2. Comparação das pontuações entre os grupos intervenção e controle sobre o conhecimento de hábitos de saúde bucal.

	Grupo intervenção	Grupo controle	Total	p valor
Número de crianças participantes	(N = 93)	(N = 90)	(N = 183)	
Conhecimento sobre saúde bucal, média (DP)	11,62 (1,00)	8,42 (2,90)	10,05 (2,68)	< 0,001
Número de pais ou cuidadores participantes	(N=85)	(N=84)	(N = 169)	
Conhecimento sobre saúde bucal, média (DP)	8,09 (2,53)	7,90 (2,51)	8,00 (2,51)	0,534

p valor referido ao teste de Mann-Whitney

Teste de Kolgomornov-Smirnov para distribuição normal de ambas pontuações: $p < 0,001$

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Promoção em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, há 17 anos, conscientiza pré-escolares, pais ou cuidadores, equipe pedagógica, alunos de graduação, pós-graduação e técnicos a respeito da importância de promover saúde e prevenir doenças, empoderando todos os atores sociais envolvidos no processo sobre sua saúde e por consequência, auxiliando no aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Sugere-se ainda que o programa incremente as atividades direcionadas aos pais ou cuidadores e equipe pedagógica, por meio do aumento na periodicidade das atividades, bem como no desenvolvimento de habilidades individuais. Preconiza-se ainda, que o programa mantenha a formatação das atividades desenvolvidas com os pré-escolares, para que os mesmos adquiram novos conhecimentos em saúde e construam hábitos saudáveis desde a infância.

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE ENSINO BÁSICO DE ARAÇATUBA.

Pesquisador: Renato Moreira Arlieri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13168913.3.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 263.017

Data da Relatoria: 17/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal e comparativo entre dois grupos, contendo cinco escolas municipais de ensino básico cada um, sendo que um dos grupos recebe o programa ou serviço extra-mural de promoção de saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e o outro grupo nunca recebeu o programa de ou serviço extra-mural da FOA/UNESP. Serão comparados os seguintes sujeitos: pré-escolares, pais e equipe pedagógica. A amostra será constituída aproximadamente de 600 alunos regularmente matriculados em escolas de ensino básico do município de Araçatuba, totalizando 10 escolas de ensino básico participantes. Os sujeitos da pesquisa serão estimulados a responder os questionários contendo perguntas (testes de múltipla escolha), de forma a investigar o nível de conhecimento quanto à saúde bucal, dos pais dos pré-escolares, a

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARAÇATUBA

Telefone: (16)3836-3200

Fax: (16)3836-3332

E-mail: arnecmen@foa.unesp.br

Continuação do Parecer: 283.017

percepção das crianças sobre saúde bucal através da análise de desenhos e a avaliação da equipe pedagógica, coordenadores, diretores e professores a respeito da manutenção da saúde bucal e do retorno que o projeto de

extensão e / ou serviço extra-mural de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba traz à comunidade. A aplicação do questionário na equipe pedagógica e a avaliação da percepção dos pré-escolares serão realizadas nas escolas municipais de ensino básico. O questionário aos pais das crianças será enviado por meio do apoio com as escolas de ensino básico. Será estabelecido um período para que os sujeitos possam respondê-lo e retorná-lo as instituições de ensino. O pesquisador estará presente durante o período de avaliação da equipe pedagógica e dos pré-escolares, colibindo qualquer tentativa de comunicação, com o cuidado adicional de não prestar qualquer esclarecimento que possa induzir uma resposta às questões. Os resultados obtidos serão submetidos à análise estatística. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem delineados.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto objetiva avaliar de forma comparativa o programa de Educação em Saúde Bucal, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba / UNESP, direcionado aos escolares do ensino básico das escolas municipais de Araçatuba/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece nenhum tipo de risco aos sujeitos nela envolvidos.

Este projeto trará benefícios para a saúde bucal dos envolvidos bem como para a sociedade

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se apresenta bem delineada, os resultados obtidos serão relevantes para área de pesquisa, e benefícios para a sociedade são evidentes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão devidamente preenchidos.

Continuação do Parecer: 283.017

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está bem delineado e bem fundamentado na literatura, e os termos solicitados foram apresentados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata parecer do relator.

ARACATUBA, 24 de Maio de 2013

Assinador por:

**Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)**

ANEXO B – Referências da Introdução Geral

Arrow P, Raheb J, Miller M. Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health* 2013;13:245.

Chiou ST, Chiang JH, Huang N, Chien LY. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? *BMC Health Serv Res* 2014;14:474.

Dobloug A, Grytten J A. Ten-year longitudinal study of caries among patients aged 14-72 years in Norway. *Car Res* 2015;4:384-389.

Ely HC, Abegg C, Rosa AR, Pattussi MP. Dental caries reduction among adolescents: temporal and spatial distribution in 36 Southern Brazilian municipalities, 2003 and 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2014;3:421-434.

Gholami M, Pakdaman A, Montazeri A, Jafari A, Virtanen JI. Assessment of periodontal knowledge following a mass media oral health promotion campaign: a population-based study. *BMC Oral Health* 2014;14:31.

Halonen H, Pesonen P, Seppä L, Peltonen E, Tjäderhane L, Anttonen V. Outcome of a community-based oral health promotion project on primary schoolchildren's oral hygiene habits. *Int J Dent* 2013;2013:1-6.

Hill-Mey PE, Kumpfer KL, Merrill RM, Reel J, Hyatt-Neville B, Richardson GE. Worksite health promotion programs in college settings. *J Educ Health Promot* 2015;4:12.

Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005;83:677-685.

Lobo R, Petrich M, Burns SK. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC Public Health* 2014;14:1315.

McClure JB, Riggs K, John JS, Catz SL. [More] evidence to support oral health promotion services targeted to smokers calling tobacco quitlines in the United States. *BMC Public Health* 2013;13:336.

Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais *Cad Saúde Pública* 2014;6:1-15.

Tai BJ, Jiang H, Du MQ, Peng B. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;5:391-398.

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.

Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: **“Avaliação comparativa do programa de educação em saúde bucal em escolas municipais de ensino básico de Araçatuba.”**

Nome do (a) Pesquisador (a): **Paula Caetano Araújo**

Nome do (a) Orientador (a): **Renato Moreira Arcieri**

Natureza da pesquisa: O(a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade verificar a eficácia do programa de educação em saúde bucal desenvolvido, à aproximadamente dez anos em escolas municipais de ensino básico pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba / Unesp, frente aos principais agentes sociais envolvidos, pré-escolares e seus familiares, e também equipe pedagógica.

Participantes da pesquisa: A amostra será constituída aproximadamente de 600 alunos regularmente matriculados em escolas de ensino básico do município de Araçatuba, 300 pais e/ou responsáveis e 100 pessoas que compõem a equipe pedagógica das escolas (diretores, coordenadores, professores e recreacionistas), totalizando 10 escolas de ensino básico participantes.

Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo o(a) Sr.(a) permitirá que a pesquisadora avalie de forma comparativa o programa de Educação em Saúde Bucal, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba / Unesp, direcionado aos escolares do ensino básico das escolas municipais de Araçatuba/SP. O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sobre as entrevistas: A aplicação do questionário na equipe pedagógica e a avaliação da percepção dos pré-escolares serão realizadas nas escolas municipais de ensino básico. O questionário aos pais das crianças será enviado por meio do apoio com as escolas de ensino básico.

Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a eficácia das atividades de Educação em Saúde Bucal, prestadas pelos alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/ Unesp, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar na verificação dos pontos positivos e negativos do programa de promoção em saúde bucal, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

Pagamento: O(a) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: PAULA CAETANO ARAÚJO – TEL: (18) 36363249

Orientador: RENATO MOREIRA ARCIERI – TEL: (18) 36363249

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune

Vice-Coodenador: Prof. Wilson Galhego Garcia

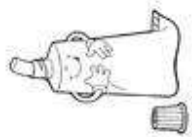
Telefone do Comitê: (18) 3636-3234

E-mail cep@foa.unesp.br

ANEXO D – Instrumento de coleta de dados
Pré-escolares

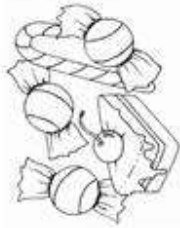
NOME: _____

MARQUE COM UM "X" OS AMIGUINHOS DOS DENTES



A)

PASTA DE DENTE



B)

BOMBONS, DOCES E PIRULITOS



C)

PIPOCA



D)

FIO DENTAL



E)

REFRIGERANTES



F)

BRIGADEIRO



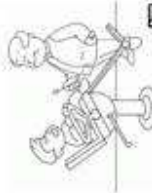
G)

CHUPAR DEDO



H)

DENTISTA



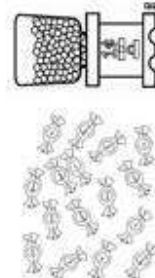
I)

ESCOVA DE DENTE



J)

CHICLETES E BALAS



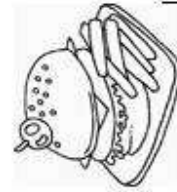
L)

CHUPETA



M)

SANDUICHE



Pais ou cuidadores



UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CÂMPUS DE ARAÇATUBA – FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Nome da EMEB: _____ Data: ___/___/_____

<p>Identificação do Responsável: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Tio/Tia</p> <p><input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p>Idade do Responsável: _____</p> <p>Escolaridade do Responsável: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p>Renda da família: _____</p>
--

1. Você aprendeu algo em relação à saúde bucal com seu filho?

Sim Não

O que? _____

2. Se a resposta anterior foi "SIM", você acha que houve alguma mudança nos hábitos de saúde bucal de sua família?

Sim Não

O que mudou? _____

3. Como você considera a sua saúde bucal?

Muito Ruim Ruim Regular Boa Muito boa

4. Como você considera a saúde bucal do seu filho?

Muito Ruim Ruim Regular Boa Muito boa

5. Ao realizar sua higiene bucal você faz uso?

Escova - () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ou mais vezes ao dia

Pasta - () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ou mais vezes ao dia

Fio dental - () Nenhuma () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ou mais

Enxaguantes bucais - () Nenhuma () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ou mais

Equipe Pedagógica



UNESP

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



CÂMPUS DE ARAÇATUBA – FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

EMEB: _____

Data: ___/___/____

Identificação do pedagogo

- A) Gênero: Feminino Masculino
- B) Função que exerce na escola: _____
- C) Idade: _____
- C) Grau de escolaridade: Ensino fundamental completo
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós-graduação incompleta – Área: _____
 Pós-graduação completa – Área: _____

1. O professor deve atuar como um educador em saúde bucal? () SIM () NÃO

2. Você acha importante a realização de Programas de Saúde Bucal nas escolas?

() SIM () NÃO

3. Você se sente apto a orientar pais e alunos a respeito de uma correta alimentação e higienização bucal?

() SIM () NÃO Por quê? _____

4. O que é placa bacteriana? _____

5. O que é cárie?

A) Doença não transmissível B) Doença transmissível C) Não é doença D) Não sei

6. O dente de leite cariado deve ser restaurado?

A) Sim B) Não C) Não sei

Por quê? _____

7. Uma boa escova dental para as crianças é aquela que possui:

A) Cerdas duras e cabeça grande B) Cerdas macias e cabeça pequena
 C) Cerdas duras e cabeça pequena D) Cerdas macias e cabeça grande

8. As escovas de dente de seus alunos são identificadas?

() Sim () Não

9. Como as escovas de dente de seus alunos são armazenadas? _____

10. Qual a quantidade de creme dental com flúor é adequada para a escovação dentária da criança?

A) Quantidade inferior ao tamanho de um grão de feijão B) Tem que cobrir toda a escova
 C) Quantidade suficiente para fazer espuma D) Quantidade suficiente para melhorar o hálito
 E) Não sei

11. O uso prolongado da chupeta é prejudicial? () Sim () Não () Não sei

12. Qual a idade ideal para o abandono da chupeta?

A) 1 ano B) 3 - 4 anos C) 6 - 7 anos D) Não sei

13. Ao realizar sua higiene bucal você faz uso?

Escova - () Nunca () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia
 () Mais de 3 vezes ao dia

Pasta - () Nunca () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia
 () Mais de 3 vezes ao dia

Fio dental - () Nunca () 1 vez ao dia () 2 vez ao dia () 3 vezes ao dia
 () Mais de 3 vezes ao dia

Enxaguantes - () Nunca () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia
bucais () Mais de 3 vezes ao dia