

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araçatuba**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE BUCAL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DE ARAÇATUBA**

ALESSANDRO APARECIDO PEREIRA

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de Concentração: Odontologia Preventiva e Social).

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a MARIA LÚCIA MARÇAL MAZZA SUNDEFELD

ARAÇATUBA

2002

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

P436a Pereira, Alessandro Aparecido
Avaliação do programa de educação em saúde bucal da
Faculdade de Odontologia de Araçatuba / Alessandro Aparecido
Pereira. -- Araçatuba : [s.n.], 2002
104 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2002
Orientador: Profa. Dra. Maria Lúcia M.M. Sundefeld

1. Educação em saúde. 2. Cárie dentária. 3.Saúde bucal.

Black D5
CDD 617.601

DADOS CURRICULARES

ALESSANDRO APARECIDO PEREIRA

NASCIMENTO 03/05/1974 – ALFENAS/MG

FILIAÇÃO Simião Aparecido Pereira

Alice Silva Pereira

1994/1997 Curso de Graduação

Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas – EFOA

1999/2001 Professor Assistente da Disciplina de Odontologia em

Saúde Coletiva, do curso de Graduação em Odontologia da

Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas

2001/2002 Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social e

Preventiva, nível Mestrado, na Faculdade de Odontologia

de Araçatuba - UNESP

**À minha família a quem devo toda minha
formação, à Dani pela compreensão na
minha ausência e aos meus amigos pelo
incentivo.**

AGRADECIMENTOS

A DEUS

***“QUEM ME DERA AO MENOS UMA VEZ FAZER
COM QUE O MUNDO SAIBA QUE SEU NOME ESTÁ
EM TUDO E MESMO ASSIM NINGUÉM LHE DIZ
AO MENOS OBRIGADO.”***

Renato Russo

***OBRIGADO SENHOR POR DAR-ME FORÇA,
CORAGEM E ÂNIMO NESSA MINHA CAMINHADA.
E PELA PRESENÇA CONSTANTE NA MINHA VIDA***

AGRADECIMENTOS

“ A salvação de qualquer ser humano está exatamente nos outros. A gente não pode sobreviver a não ser no coletivo.”

Henfil

Este momento talvez seja o mais importante, pois mostra-nos que nunca estamos sozinhos que sempre há pessoas dispostas a nos ajudar. Lembrar o nome dessas pessoas é somente uma maneira simples de agradecer todos aqueles que contribuíram para eu vencer mais essa etapa de minha vida. Espero fazer para as pessoas que cruzarem meu caminho pelos menos um pouquinho de tudo o que vocês fizeram por mim. E que DEUS possa retribuir em dobro a todos vocês!

OBRIGADO!

AGRADEÇO:

À coordenadora do curso de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, **Prof.^a Dr.^a Suzely Adas Saliba Moimaz** pela confiança depositada em mim, nesta oportunidade que me concedeu.

Aos professores do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, **Prof. Dr. Orlando Saliba, Prof. Dr. Eliel Soares Orenha, Prof. Dr. Artênio Garbin** pelo aprendizado e em especial aos professores **Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri** e **Prof.^a Dr.^a Cléa Adas Saliba Garbin** pela colaboração na realização desse trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Preventiva e Social **Ilídio Teodoro Filho, Iole Sbizaro Javarez, Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza, Sonia Maria Batista Souza Costa, Valdevez Freitas Rosas** pela eficiência no desempenho de suas funções, pela boa vontade em ajudar e pelo alto astral.

Aos amigos do Curso de Pós-graduação **Andréia Antoniuk Presta, Eduardo Pizzatto, Myrna Carvalho Dias, Natanael Barbosa dos Santos, Ronald Jefferson Martins, Edgar Michel Crossato, Franklin Delano Soares Forte, José Luiz de Oliveira, Maria Eneide Leitão, Regina Maria Tolesano Loureiro, Rosani Aparecida Alves Souza**, pela convivência, amizade e pela atenção dispensada no momento de minha cirurgia

Às funcionárias da Delegacia Regional de Ensino de Araçatuba **Kátia Maria Ferreira dos Santos, Carmém Lúcia A. A. Mazzeti, Solange Regina S. Branco** pela boa vontade e colaboração.

À Delegada Regional de Ensino de Araçatuba **Maria Ignês S. Ribeiro** pela cordialidade com que me recebeu e por autorizar a realização desse trabalho nas Escolas de Araçatuba.

Às funcionárias da seção de Pós-graduação **Adélia Barreto Claro da Silva** e **Marina Midori Sakamoto Kavagoe** pela eficiência e simpatia.

Às funcionárias da Biblioteca pela atenção e boa vontade em ajudar, em especial a **Isabel** e **Izamar** pela correção das referências.

Às **Diretoras, coordenadoras pedagógicas e professores** das Escolas Públicas de Araçatuba pela cordialidade com que me receberam e pela colaboração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha Orientadora **Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld** pela orientação segura, atenciosa, precisa, pela disponibilidade, estímulo e pela atenção dispensada no momento de minha cirurgia.

“Os nossos conhecimentos vão evoluindo, a lembrança do mestre permanece para sempre, ele atinge o profundo de nossas vidas. Eterniza em nós algo do seu coração.”

À **Prof.^a Dr.^a Nemre Adas Saliba**, vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, pela expressão de sabedoria em tudo aquilo que faz, pelo estímulo, pela confiança depositada em mim e pela atenção dispensada no momento de minha cirurgia.

Ao **Dr. Orlando Saliba Júnior** e **Dr. Fábio Leite Bueno e Silva** pela ajuda e atenção dispensada quando submeti à cirurgia.

Aos amigos **Franklin Delano Soares Fortes** e **Natanael Barbosa dos Santos**, pela convivência harmoniosa na república, pelo companheirismo, amizade e por tudo que fizeram por mim nos dias que adoeci.

Às **crianças e adolescentes** que gentilmente colaboraram e consentiram a participar desse estudo.

“Eduquem os meninos... e não será preciso castigar os homens.”

Pitágoras

MINHA ETERNA GRATIDÃO!

“A vitória mais bela que se pode alcançar é vencer a si mesmo.”

Santo Ignácio de Loyola

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE ABREVIATURAS	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Avaliação em saúde	19
2.2 O ambiente escolar	20
2.3 Educação	23
2.4 Educação em Saúde	26
2.5 Educação em saúde bucal.....	35
3 OBJETIVO	50
4 MATERIAL E MÉTODO	51
4.1 O programa de educação em saúde bucal.....	51
4.2 População de estudo	53
4.3 Plano de amostragem	55
4.4 Elaboração do questionário e pré-teste	56
4.5 Aplicação dos questionários	57
4.6 Critério de correção dos questionários	58
4.7 Análise estatística	58
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	60
5.1 Conhecimento dos alunos sobre saúde bucal	62
5.2 Opinião dos alunos sobre o programa	85
6 CONCLUSÃO	98

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
Anexos	111
Resumo	124
Abstract	125

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Distribuição dos resultados das questões relativas ao conhecimento e hábitos de higiene bucal. Alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....72
- Figura 2 Comparação da quantidade de acertos dos alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....87

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Perguntas sobre o conhecimento e hábitos de higiene Bucal no questionário utilizado para avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....70
- Tabela 2 - Distribuição dos resultados das questões relativas ao conhecimento e hábitos de higiene bucal. Alunos de 5^{as} e 8^{as}. séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....71
- Tabela 3 - Quantidade de acertos nos questionários aplicados aos alunos de 5^{as} e 8^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....86
- Tabela 4 - Freqüência das palavras mais presentes nas respostas à “O *que é preciso fazer para evitar a cárie*”. Alunos de 5^{as}. e 8^{as}.séries séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....89

- Tabela 5 - Distribuição das respostas à pergunta “*De quem você recebeu mais orientações sobre saúde bucal*”. Alunos de 5^{as}. e 8^{as}. séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....92
- Tabela 6 - Frequência das palavras mais presentes nas respostas à “*O que você achou dessas visitas*”. Alunos de 5^{as}. e 8^{as}. séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....94
- Tabela 7 - Frequência das palavras mais presentes nas respostas à “*Para que serviram essas visitas*”. Alunos de 5^{as}. e 8^{as}. que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 200298
- Tabela 8 - Distribuição das respostas dos escolares à pergunta “*Você entendeu o que eles falavam*”. Alunos de 5^{as}. e 8^{as}. séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....101

Tabela 9 -	Frequência das palavras mais presentes nas respostas à “O que mais te chamou a atenção”. Alunos de 5 ^{as} . e 8 ^{as} . séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002.....	103
------------	---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD = caridos perdidos obturados

DF = Distrito Federal

EUA = Estados Unidos da América

FOA = Faculdade de Odontologia de Araçatuba

MA = Maranhão

PACS = Programa de agentes comunitários de saúde

PPT = Probabilidade proporcional ao tamanho do extrato

RJ = Rio de Janeiro

SEMO = Serviço extramural odontológico

SESP = Serviço especial de Saúde Pública

SP = São Paulo

UNESP = Universidade Estadual Paulista

d = diferença proporcional

p = probabilidade convencional

1 INTRODUÇÃO

Atualmente é consenso que qualquer mudança profunda que se deseja realizar na sociedade, a Educação ganha um papel relevante no alcance desse objetivo.

A importância da Educação no processo de transformação social e sua relação com a área de saúde, onde o conhecimento de ambas as áreas se integram, podem promover mudanças na vida dos indivíduos e na realidade de uma sociedade (Costa & Fuscella, 1999).

Deste modo a Educação em Saúde deve permitir aos indivíduos o desenvolvimento da capacidade de refletir e analisar as causas de seus problemas, e principalmente dar condições para atuarem no sentido de mudança (Petry & Pretto, 1997).

Para Ramos et al. (1999), a transmissão de conhecimentos sobre hábitos de higiene e alimentares é um fator importante na prevenção de doenças bucais como a cárie e doença periodontal. Neste sentido é essencial a elaboração de programas que visem a Educação em Saúde e a promoção de saúde.

Por outro lado, segundo Garcia et al. (1998), nos últimos anos vários têm sido os programas de Educação em Saúde Bucal

implantados, mas são poucos os estudos que relatam a avaliação e efetividade desses programas.

Bellini (1991), afirma que um programa para ser considerado eficiente deve ser avaliado de maneira objetiva, pois o entusiasmo de seus programadores e participantes não quer dizer que ele seja eficaz.

A necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia de um programa de saúde é relevante e a avaliação parece ser uma solução viável (Contandriopoulos et al., 1997).

Portanto a análise dos programas de Educação em Saúde se faz necessária para que se tenha sob controle seus propósitos e determinar quais os benefícios para a comunidade (Hilgert et al. 1999).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Avaliação em saúde

A avaliação de programas e serviços está presente em várias áreas e em todas elas se faz necessária. Na saúde pública é de extrema importância, pois viabiliza escolhas de planejamento e possibilita o controle dos serviços prestados à comunidade (Deslandes, 1997; Hilgert et al. 1999), uma vez que os recursos estão cada vez mais escassos, e não acompanham o grande aumento e diversidade da demanda (Gil, 2002).

Para Bellini (1991), qualquer programa para ser considerado eficiente deve ser avaliado de uma maneira programada e objetiva. Não basta apenas o entusiasmo e aspiração dos programadores e dos participantes para que o programa seja eficaz. E acrescenta que a única maneira de se comprovar sua eficácia é avaliando os resultados.

Segundo Gil (2002), avaliar é acompanhar continuamente as ações priorizadas para verificar se os objetivos estão sendo ou não alcançados e se os resultados conseguiram mudar a situação desejada. Para Contandriopoulos et al. (1997), avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Por sua vez

Oliveira (1997), define avaliação como sendo o procedimento pelo qual se determina o grau de êxito alcançado na execução de objetivos predeterminados.

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), os objetivos de uma avaliação são:

- a) Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção.
- b) Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer.
- c) Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida.
- d) Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

2.2 O ambiente escolar

Os serviços de saúde para escolares iniciaram-se na França no século XVII e o único trabalho realizado eram as inspeções médicas nas escolas como parte da política que se denominava polícia médica. A assistência odontológica para esse público teve seu desenvolvimento nos Estados Unidos, na década de 30, com o surgimento de programas

escolares com a finalidade de ensinar as crianças a escovarem os dentes (Rosen, 1994).

No Brasil só a partir da implantação do Sistema Incremental pelo Serviço Especial de Saúde Pública na década de 50 é que a saúde escolar passou a ter mais atenção. Trazido dos Estados Unidos, logo se consolidou como metodologia para o atendimento de escolares. Este sistema tinha como estrutura básica um programa curativo, com a finalidade de solucionar os problemas prevalentes. E simultâneo ao curativo o programa educativo que tinha como objetivo a mudança de hábitos. Na prática, não conseguiu os resultados desejados, uma vez que tratamento curativo predominou e o programa educativo foi deixado de lado (Pinto, 2000).

Flanders (1987), considera a escola um ambiente importante para o desenvolvimento de ações educativas, com a possibilidade de trabalhar vários anos seguidos com os alunos. Nesse sentido, no planejamento de programas de Educação em Saúde torna-se imprescindível o conhecimento do ambiente escolar antes de qualquer intervenção.

Depois da família, a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de informação e Educação em Saúde, permitindo que se desenvolvam estilos de vida saudáveis e condutas de baixo risco (Levy et al. 2002).

Marcondes (1972), relata que dentre as responsabilidades da escola está a contribuição para o desenvolvimento da criança durante o

período escolar; proporcionar-lhe situações favoráveis à aprendizagem; transmitir aos alunos conhecimentos atualizados e úteis, estimulando atitudes positivas e dinâmicas em relação a saúde e desenvolver neles as habilidades necessárias para que promovam a educação sanitária nas próprias famílias. A Educação em Saúde na escola não deve ficar atrelada somente a transmissão de informações, mas deve permitir à criança avaliar e analisar os conhecimentos adquiridos e partir disso, mudar seu comportamento. Assim, Educação em Saúde na escola *"significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar a práticas conducentes à saúde. Deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar e integrada à saúde global"*

O mesmo autor afirma ainda que a Educação em Saúde na escola deve:

- Estar integrada à educação global.
- Acompanhar a evolução nos campos da educação e da saúde.
- Permitir o desenvolvimento integral da criança a partir de suas necessidades, interesses e problemas.
- Ser compatível com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país.
- Ser planejada, executada e avaliada por todos os atores sociais envolvidos no processo (profissional de saúde, docentes, técnicos, pais e representantes da comunidade).

- Incentivar o engajamento da família e da comunidade para um melhor desempenho das atividades.

Desta forma os escolares formam um grupo favorável para o desenvolvimento de ações educativas, uma vez que se pode desenvolver o trabalho diretamente com os alunos ou atuar de forma indireta, através das professoras (Moraes & Bijela, 1982).

Costa & Fuscilla (1999), descrevendo sobre os agentes multiplicadores de saúde relatam que o escolar tem condições de aplicar em sua vida prática a experiência vivenciada na escola e pode agir como agente multiplicador de informação dentro de sua família.

Segundo Pinto (2000), as ações preventivas regulares e com intensidade necessária, desenvolvidas em escolares, podem ser identificadas com clareza desde o início do período de efetiva redução de cárie na Inglaterra, Holanda, Nova Zelândia, Austrália e na Escandinávia.

2.3 Educação

Para Platão, a educação "*consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes*". Para Kant, significa "*o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz*". Para Johann Friederich Herbart, é "*a ciência que tem por fim a formação do*

indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses". James Mill dizia que ela tem por finalidade *"fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes"*. Já o psicólogo Henri Joly, a consiste *"no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades"*. Todas estas definições deixam entrever que o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana, tratando-se de um fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana, a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano (Levy et al. 2002).

Para Sofhia (2001), a finalidade da educação é a perfeita realização da natureza humana, um processo que tem por fim conservar e transmitir a cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.

Alencar (2001), afirma que *"educar é acumular saber para humanizá-lo, distribuí-lo e dar-lhe sentido ético, isto é, solidário, cuidadoso com a dignidade do ser humano e do mundo"*.

De acordo com Marcelo (2001), educar não é persuadir as pessoas a fazer o que uma outra pensa que ela deva fazer. E afirma que o ato educativo não deve ter como único objetivo a transmissão de informações ou adestrar o indivíduo para realizar ações mecânicas, deve sim, fazer o educando pensar racionalmente e dar condições para tomar suas próprias decisões. No entender de Moraes & Bijela (1982), a educação

vai além da transmissão de conhecimentos e deve vir acompanhada de uma mudança de atitude e de comportamento. E a mudança de comportamento ocorre quando o indivíduo passa a utilizar uma prática de saúde mais eficiente.

Para Levy et al. (2002), em relação às necessidades individuais a educação visa:

- Desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito.
- Desenvolvimento emocional.
- Formação do espírito crítico.
- Desenvolvimento da capacidade criativa.
- Desenvolvimento de espírito de iniciativa.
- Formação ética.
- Formação moral.
- Desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e
- Assimilação de valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

O papel de educar não deve ser atribuição exclusiva do professor, mas de qualquer cidadão, pois a todo momento está se educando e sendo educado, através dos contatos com outros seres humanos e com o meio ambiente.

Os objetivos educacionais que devem ser alcançados em qualquer programação educativa são: o cognitivo, afetivo e psicomotor e sempre deve haver uma integração entre eles (Costa & Albuquerque, 1997).

Segundo Petry & Pretto (1997), o *nível cognitivo* é o nível do conhecimento, da informação e lida com os comportamentos intelectuais. O conteúdo deve ser apresentado de forma clara, lógica para que o indivíduo tenha condições de esclarecer suas dúvidas em relação a sua situação e suas necessidades. A linguagem empregada deve ser simples e de acordo com o nível sócio-cultural da pessoa. O *nível afetivo* é aquele em que se estabelece uma relação de confiança e colaboração entre os indivíduos envolvidos no processo educativo e desperta mudanças de interesses, atitudes e valores. Já o *nível psicomotor* é o das habilidades motoras, da atuação mecânica e solicita do indivíduo algum comportamento físico ou cinestésico.

2.4 Educação em Saúde

A Educação em Saúde no Brasil começou a ser formar durante a República Velha e com grande influência francesa, onde predominava o enfoque bacteriológico da doença. As campanhas de educação desse período tinham como principal característica a “prática

policial-sanitária”. E o objetivo da polícia sanitária além controlar as doenças era a manipulação das populações de regiões economicamente estratégicas. A partir da segunda década do século passado com o início da dominação norte americana no Brasil o enfoque passou a ser o da “consciência sanitária”, ou seja, o responsável pelo processo saúde/doença é do indivíduo, pois cabia a ele conhecer as medidas preventivas de suas doenças. A partir de então o educador em saúde assume seu caráter catequético e apostólico e *“propõe a transformação dos humildes à sua imagem e semelhança, mediante a incorporação dos seus hábitos e comportamentos, mas sem transformar as suas condições de dominados”*. Deste modo a eficácia das ações educativas fica condicionada a capacidade dos indivíduos em absorver as informações repassadas pelos profissionais de saúde e toda responsabilidade pelas condições materiais e de saúde recai sobre o indivíduo (Flores, 1999).

Os principais fatos que marcaram a Educação em Saúde no Brasil foram (Vasconcelos, 1998; FIOCRUZ, 2001; Levy et al. 2002):

1920 – criação do primeiro Pelotão de Saúde em 1924 numa escola de São Gonçalo/RJ. No ano seguinte é implantado nas escolas de todo Rio de Janeiro. Em 1925 é criada a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo. Este tinha como objetivo *“promover a formação da consciência sanitária da população”*. Neste período surge o educador sanitário, cujo principal trabalho era divulgar noções de

higiene para alunos das escolas primárias estaduais. Também em Pernambuco é criada na mesma época a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência.

1930 – com o advento da revolução de 30, ocorreu uma centralização administrativa devido a criação do Ministério da Educação e Saúde, provocando uma concentração das atividades sanitárias nas cidades. A reestruturação do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação transformou o *Serviço de Propaganda e Educação Sanitária* em *Serviço Nacional de Educação Sanitária* cuja finalidade era “*formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde*”. Esse modelo também se espalhou pelos estados, através dos órgãos de saúde pública.

1940 – a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, resulta numa grande transformação da mentalidade nas atividades da educação sanitária. A atividade básica desse órgão era a Educação Sanitária e desenvolvia atividades junto a gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Outro trabalho importante do SESP foi a preparação de professores da rede pública de ensino para atuarem como agentes educacionais de saúde.

No entanto os serviços de Educação Sanitária da época se limitavam a publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes, distribuição de pequenas notas e artigos sobre saúde na imprensa, ou seja, priorizava a

propaganda, esquecendo-se que a taxa de analfabetismo do Brasil na década de 40 era de 60,0%. E estes se concentravam nas camadas mais baixas da população urbana e no campo.

1950 – a 12.^a Assembléia Mundial da Saúde realizada em Genebra no ano de 1958 provoca mudanças no modelo de educação sanitária e reafirmou que *“a educação sanitária abrange a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações”*.

1960 – a realização da 5.^a Conferência de Saúde e Educação Sanitária na Filadélfia, EUA, em 1962 concluiu que *“os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade”*.

No Brasil, o governo militar imposto pelo golpe de 1964, contraditoriamente criou condições para o aparecimento de várias experiências de educação popular em saúde. Nesse período as políticas de saúde se voltavam praticamente para a expansão dos serviços médicos privados, onde as ações educativas não tinham espaço. Deste modo o modelo de Educação popular idealizado por Paulo Freire facilitou a relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde,

insatisfeitos com a situação vigente e com modelo mercantilista dos serviços de saúde, engajam-se no processo, possibilitando a busca de soluções técnicas, construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico.

1970 – os organismos internacionais de saúde a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, passaram a enfatizar a necessidade de se estudar o contexto cultural das populações para uma melhor adequação das práticas de saúde. No entanto a maioria das orientações e novas práticas estudam as crenças, linguagens e iniciativas da população para fazer as mensagens educativas se tornarem mais atraentes e compreensíveis. Porém, as prioridades e os conhecimentos educativos necessários continuam sendo determinados pelos profissionais de saúde, sem questionar os interesses e saberes da população.

No final da década de 70 foi criada a Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Entretanto as mudanças propostas pelo novo órgão não contribuíram para a inclusão da educação nos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Importante ressaltar que as secretarias municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam.

1980 – com o processo de redemocratização e a construção do Sistema Único de Saúde, as experiências localizadas de Educação em

Saúde que se iniciaram na década de 60 perderam sua importância. Os grupos atuantes estão *“voltados para a democratização do Estado e o método de Educação popular passou a ser instrumento para a construção e ampliação da participação popular nas políticas públicas”*.

1990 – implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. e posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família, que utiliza a educação popular como referencial de uma nova prática. E tem como principal objetivo reorganizar a prática de atenção à saúde, levar a saúde para mais perto da família e assim, melhorar qualidade de vida dos brasileiros.

Segundo Bellini (1991), a Educação em Saúde é de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação a doença, priorizando a promoção de saúde.

L'Abbate (1994), define Educação em Saúde como um campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

Candeias (1997), cita Green & Kreuter (1991), que define Educação em Saúde como sendo *“ quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de*

combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.”

Para Vasconcelos (1997), educar em saúde é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência desses problemas e busquem soluções. Deste modo a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências e dever haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

A mesma opinião tem Petry & Pretto (1997), ao afirmar que a Educação em Saúde deve ser capaz de desenvolver a consciência crítica do indivíduo para perceber as causas reais de seus problemas e principalmente atuar no sentido de mudança.

Segundo Costa & Albuquerque (1997), a Educação em Saúde é qualquer atividade relacionada com aprendizagem, desenhada para

alcançar a saúde. Antes, era usada como instrumento de mudanças de características individuais indesejáveis, tais como: ignorância e falta de higiene. Hoje, é um instrumento utilizado não apenas para mudar hábitos, mas também para permitir uma reflexão sobre as condições reais de vida das pessoas.

No plano das necessidades sociais Levy et al. (2002), define como objetivos de Educação em Saúde:

- Desenvolvimento do senso de responsabilidade social.
- Conservação e transmissão cultural.
- Instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social.
- Formação política para o pleno exercício da cidadania.
- Formação para as parcerias e solidariedade.
- Integração social.

Hilgert et al. (1999), afirmam que programas de Educação em Saúde são importantes, pois levam os indivíduos a terem informação e uma atitude participativa nas ações educativas, obtendo assim, melhorias nas suas condições de saúde, na qualidade de vida e conseqüentemente no resgate de sua cidadania

Vasconcellos & Silva (2000), enfatizam que a Educação em Saúde deve-se preocupar com a mudança de comportamento dos

indivíduos, ou seja, mudar atitudes e crenças que dificultam a incorporação de hábitos favoráveis à saúde. Entretanto, somente fornecer razões para a mudança de atitude não é suficiente, o indivíduo deve ter meios e recursos para executá-la.

Desta forma Costa & Fuscilla (1999), afirmam que a Educação e a Saúde devem estar intergradadas, tornando viável o exercício da cidadania. Assim, a luta por melhores condições de vida passa sem dúvida pela socialização do saber.

Arroyo (2001), destaca cinco pontos fundamentais para a Educação em Saúde:

- a) *Diálogo*: síntese da educação, é necessário que haja sempre o diálogo entre sujeitos. Estes devem ser vistos como agentes que têm sua história, cultura e valores.
- b) *Humanização*: tornar os seres humanos mais humanos, fazer com que as práticas educativas sejam parte das reivindicações das classes populares.
- c) *Resgate*: resgatar a humanidade roubada pelas desigualdades sociais como a fome, e o desemprego.
- d) *Sujeito total*: a educação deve trabalhar as dimensões do indivíduo em sua totalidade e não abordar apenas aspectos específicos.

Para Tamietti et al. (1998), a Educação em Saúde deve ser fundamentada numa pedagogia participativa, cujos princípios seriam:

- Desenvolvimento da capacidade, competência, criatividade, solidariedade e habilidade para analisar e resolver problemas nos educandos.
- Aproveitamento das experiências dos indivíduos, seus saberes, atitudes, condutas, percepções.
- Educador ter uma relação horizontal com o educando.
- Preferência por técnicas dinâmicas e em grupo.
- Valorização da aprendizagem, não em termos de memorização, mas em mudança de comportamento e estilo de vida.

2.5 Educação em Saúde Bucal

A organização de programas eficazes de Educação em Saúde Bucal se justifica pela prevalência de doenças bucais em especial a cárie e doença periodontal. Deste modo, um programa educativo deve ter como objetivo a promoção de saúde e levar a mudanças, quando necessárias, de crenças, atitudes e comportamentos em relação à saúde (Castellanos, 1977).

De acordo com Abegg (1999), a Educação em Saúde Bucal é um instrumento importante para melhoria das condições de saúde da população e pode ser classificada em duas categorias: micro e macro. A educação realizada em consultórios dentários e Unidades de Saúde é a de nível micro, enquanto que a realizada em escolas ou locais que atingem a coletividade é a nível macro.

Moimaz et al. (1992), afirmam que a Educação em Saúde Bucal tem papel relevante na prevenção dos problemas bucais, pois leva o indivíduo a ter consciência das doenças que podem acometer a boca e das medidas preventivas para sua prevenção.

Nesse sentido, a motivação e a Educação em Saúde são um forte instrumento para promover a saúde bucal da população, repercutindo na melhoria de sua qualidade de vida. E devem ser trabalhadas o mais precocemente possível junto aos indivíduos. Desta maneira, a idade escolar é um período propício para o trabalho de motivação, porque além das habilidades manuais, a criança já desenvolveu uma noção das relações causa/efeito, contribuindo para o reconhecimento da importância da prevenção (Corona & Dinelli, 1997).

Vasconcelos & Vasconcelos (1999), salientam que um projeto de Educação em Saúde Bucal precisa abordar a saúde de forma integral deixando de passar uma visão fragmentada do corpo, onde a boca e os dentes aparecem como se fossem estruturas isoladas. E Martins (1998),

acrescenta que essa visão fragmentada não contribui para a identificação da integralidade pessoal e corporal, pois passa a impressão que o dente tem vida própria, podendo ser descartado quando incomodar.

Neste sentido Weyne (1997), afirma que a cavidade bucal sadia está diretamente ligada com a saúde geral e qualidade de vida, pois contribui na proteção do organismo contra a instalação de doenças que podem levar direta ou indiretamente ao aparecimento de doenças sistêmicas, além de influenciar na auto-estima do indivíduo. Paes & Rose (1997), são da mesma opinião ao enfatizarem ser necessário uma Educação em Saúde mais consciente e abrangente, e fazer com que o indivíduo tome consciência da importância de seu corpo. Assim, espera-se um maior cuidado pessoal e em conseqüência, uma melhoria da saúde bucal.

Maslow apud Couto (1997), relata que se um indivíduo procurar tratamento porque sente dor, ele não estará se preocupando com a saúde como um todo, mas alívio para um problema. Nadanovsky (2000), analisando o papel dos serviços odontológicos no declínio da cárie, afirma que estes deram pouca contribuição e os seus efeitos na saúde bucal são menores do que os fatores sócio-econômicos e os serviços não-pessoais (fluoretação das águas, dentifrícios fluoretados e Educação em Saúde Bucal nas escolas).

Segundo Gonçalves & Silva (1992), a filosofia preventiva fundamenta-se na manutenção da integridade dos tecidos bucais, de

maneira que o indivíduo possa tornar-se motivado e responsável por sua higiene bucal. Deste modo Gonçalves et al. (1998), afirmam que prevenir é a única forma de conservar a saúde e a aplicação correta de métodos de prevenção é indispensável para o conforto de bem estar das pessoas. Assim, para que as medidas e atitudes sejam colocadas em prática, para impedir o aparecimento das doenças, o indivíduo deve estar motivado para tal. Nesse sentido, somente após desenvolver uma vontade própria de manutenção de hábitos saudáveis é que o indivíduo conseguirá resultados satisfatórios, pois a motivação vem do íntimo de cada paciente.

Dinbarre & Wanber (1996), estudaram o conhecimento de 141 escolares sobre saúde bucal. Verificou-se que 100% dos entrevistados utilizavam dentifrícios; 99,28% possuíam escova de dente. No que diz respeito a frequência de escovação, 41,23% escovavam seus dentes três vezes ao dia; 22,46% quatro vezes e 0,72% escovavam mais de quatro vezes.

A cárie dentária, segundo Newbrun (1988), é uma doença infecciosa, transmissível, ocasionada por bactérias que colonizam a superfície do dente. Resultante da interação de três fatores hospedeiro, microbiota, e substrato ou dieta. Ocorre através de um processo dinâmico, onde além da presença de placa bacteriana, o consumo de sacarose e a presença/ausência de flúor são determinantes para o seu desenvolvimento (Thylstrup & Fejerskov, 1995).

Unfer (1998), com o objetivo de avaliar a representação social de saúde bucal feita pelos usuários dos serviços públicos de Santa Maria/RS observou que 49,6% dos entrevistados desconheciam a cárie dentária como doença, 37,0% a consideraram como doença, no que diz respeito a transmissibilidade 37,0% afirmaram que cárie é transmissível. Quando perguntados para que serve o flúor, 61,6% responderam corretamente. E sobre onde existe o flúor 26,6% responderam no dentista, 13,3% no creme dental e 5,6% na água de abastecimento. Em relação aos meios de prevenção da cárie, 65,5% citaram “ter higiene, escovar”; 36,5% citaram “ir ao dentista”; 15,1% “cuidar da alimentação, doces”; 8,9% responderam “flúor”. A autora relata que para a população estudada, a busca pela saúde bucal parece ser atribuição e responsabilidade apenas do indivíduo.

Para Maltz & Carvalho (1997), os procedimentos básicos recomendados para prevenção da cárie dental, incluem a remoção mecânica da placa bacteriana através da escovação, que beneficiará as superfícies livres e as oclusais. E para remoção da placa interproximal deve-se usar o fio/fita dental. Além desses autocuidados recomenda-se a aplicação tópica de flúor através do uso do dentifrício fluoretado ou feitas pelo cirurgião dentistas e fluoretação das águas de abastecimento.

Miyazaki et al. (1997), estudaram o nível de conhecimento e motivação quanto a saúde bucal em 168 crianças de 2 escolas de Londrina,

sendo uma particular (escola1) e uma pública (escola 2). Os dados foram coletados através de questionário. Quanto a frequência de escovação na escola 2 , os resultados mostraram que 61,90%dos entrevistados escovavam três vezes ou mais. Quanto ao conhecimento da relação entre o açúcar e a cárie dentária os dados da escola 2 foram: não deve ser consumido 26,19%, não interfere na cárie 4,76%, é nocivo, mas pode ser consumido de forma equilibrada 69,05%; 27,38% afirmaram usar fio dental diariamente, 42,68% responderam não saber usar o fio dental. Os autores enfatizaram a importância dos programas de saúde pública na educação e prevenção da saúde bucal.

Sawazaki & Nakama (1997), realizaram um estudo sobre os aspectos psicossociais envolvidos na mudança comportamental das pessoas em relação à saúde bucal relacionado com o trabalho educativo preventivo de cárie dentária realizado pela equipe odontológica. A amostra foi de 433 pais de crianças de 0 a 14 anos atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina e as respostas obtidas mediante questionários. As autoras analisando a percepção das pessoas quanto a possibilidade de ter dentes sem cáries a vida toda observaram que apenas 52,4% acham possível, mostrando que as pessoas ainda tem a crença de que a cárie é um fatalidade. E enfatizam ser um fato negativo, pois estimula o comportamento conformista, “por que tanto esforço em prevenir se eu vou ter cárie mesmo?” Para 37,9% não é possível ter dentes sem cáries a vida toda. Concluíram

que os fatores psicossociais – caracterização sócio-econômica, percepções e crenças, grupos de pressão - podem interferir de maneira significativa no processo educacional e devem ser estudados com critério.

O estudo clássico de Vipeholm (Suécia), onde se incluiu na dieta dos internos da instituição, caramelos, chocolates, balas, observou-se um grande aumento da cárie quando os alimentos contendo sacarose eram ingeridos entre as refeições. No entanto, quando aumentou o consumo médio de açúcar, mas consumido durante as refeições, ocorreu um pequeno aumento de cárie (Newbrun, 1988). Segundo Viegas (1966), existe uma correlação entre o número de ingestões de alimentos contendo açúcar e a cárie dental, observando um índice CPOD mais alto quando há três ou mais ingestões diárias entre os intervalos das refeições.

Miller através de seus estudos realizados em 1890, comprovou-se que o metabolismo dos carboidratos feito pelas bactérias orais produz ácidos e estes são responsáveis pelo processo de desmineralização do dente (Carlsson & Hamilton, 1995). Deste modo o açúcar consumido em menor quantidade resulta na diminuição do número de microorganismos acidogênicos e conseqüentemente um decréscimo na atividade de cárie. Portanto pode se concluir que um baixo consumo de açúcar é condicionante para ocorrência de níveis baixos de cárie em crianças e adolescentes (Pinto, 2000).

Segundo Carmagnani & Queluz (1998), a ingestão de açúcar entre as refeições por escolares geralmente é muito grande. O açúcar é consumido na forma de balas, gomas de mascar, picolés, pirulitos durante o recreio ou na própria sala de aula.

Bastos et al. (1990), testaram através de um programa educativo, desenvolvido num período de 12 meses a possibilidade de diminuir a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições. O estudo foi desenvolvido em escolas públicas de Bauru-SP e a amostra constituída de 100 crianças de 7-12 anos. Inicialmente anotou-se os alimentos considerados cariogênicos e que eram consumidos pelas crianças, assim como a frequência de ingestão. Em seguida foram feitas palestras educativas. Após 12 meses de motivação esse número caiu para 66% dos escolares, o que sugere que a motivação regularmente desenvolvida durante o período de estudo tenha mostrado resultados importantes.

Santos et al. (1992), examinando os hábitos de saúde bucal de 550 crianças e adolescentes residentes em São Paulo, na faixa etária de 5 a 14 anos, com diferentes níveis sócios econômicos, através de um questionário, observaram que 35,5% faziam uso de fio dental enquanto 64,5% não usavam. Em relação a frequência de escovação 60,65% afirmaram escovar três ou mais vezes. Quando perguntado se costumavam comer balas, doces, chicletes entre as refeições, 88,4% disseram que sim e 11,6% responderam que não. E concluíram que para motivar a população a

praticar medidas preventivas é essencial a elaboração de programas em saúde bucal, uma vez que suas ações podem ter impacto positivo nos níveis de saúde bucal da população.

Ramos et al. (1999), analisaram as percepções e práticas de saúde bucal de 442 escolares da rede pública do Rio de Janeiro na faixa etária de 7 a 11 anos, através de questionário. Os resultados mostraram que 58,2% dos que foram orientados sobre dieta e hábitos alimentares acham que é melhor comer uma quantidade de doces de uma só vez do que dividir esta mesma quantidade durante todo dia. A porcentagem de alunos que utilizam fio dental e receberam orientação foi de 56,1%. Os autores concluíram que a transmissão de conhecimentos sobre hábitos de higiene e alimentares é um fator importante na prevenção de doenças bucais.

Segundo Couto et al. (1997), a motivação pode ser considerada a mola propulsora de toda dinâmica da prevenção. A Psicologia define-a como fator que induz uma pessoa a praticar determinado ato. Clinicamente, significa obter cooperação do paciente para levá-lo na direção desejada e conseguir alteração do seu comportamento. E afirma que o simples repasse de informações a respeito das técnicas de higienização não levará, por si só, o paciente a realizar a higienização. Resultados satisfatórios só serão conseguidos quando o indivíduo obter um estímulo pessoal ou sentir necessidade de manter sua higiene bucal. Para Todescan & Todescan (1989); Todescan & Sima (1991); Oliveira et al. (1992), a

motivação consciente e bem orientada, é fator determinante para mudança dos hábitos de higiene.

Recomenda-se realizar a higiene bucal pelo menos uma vez ao dia. A escovação pode desorganizar a placa bacteriana ainda jovem, impedindo sua maturidade microbiológica e limitando sua capacidade de produzir doença (Maltz, 1996). Não se pode afirmar que quanto maior a frequência de escovação menor será o índice de placa. A qualidade da remoção da placa é mais importante que a frequência (Koch et al., 1995; Carmagnani & Queluz, 1998). No entanto, uma maior frequência de escovação é aconselhada, porque este procedimento serve de veículo para aplicação tópica de flúor através dos dentífricos (Maltz & Carvalho, 1997). Segundo Koch et al. (1995), a escovação dos dentes após as refeições é importante, visto que pode ocorrer uma desmineralização significativa quando se consome alimentos com carboidratos.

Naressi & Moreira (1982); Pádua Lima (1982), afirmam que escovar os dentes três vezes ao dia, após as refeições (café, almoço e jantar), é uma prática bastante eficiente na prevenção de doenças da boca.

Para muitos indivíduos, o simples fato de usar escova de dente é confundido com dentes limpos. A escovação por si só não é sinônimo de limpeza (Buischi & Axelsson, 1997).

Oliveira (1997), destaca os principais objetivos de escovação:

- Remover e desorganizar a formação da placa.
- Remover os restos alimentares e microorganismos.
- Atuar como meio de aplicação de dentifrício fluoretado.

No entender de Carmagnani & Queluz (1998), saber o porquê de escovar os dentes, e como, é o início de uma conscientização da necessidade de mudança nos hábitos para se gozar de saúde bucal.

Figueiredo et al. (1992), estudaram a frequência de escovação em 204 crianças de 7 a 9 anos de duas escolas, uma pública (A) e outra privada (B) de Brasília/DF, através de um questionário. Os autores observaram que apesar da população estudada pertencer a classes sociais distintas, os resultados obtidos nas duas escolas foram semelhantes. Os resultados mostraram que 95,77% das crianças de escola A e 100% da escola B possuíam escova. 77, 46% da escola A e 70,97% da B escovavam os dentes diariamente. Quanto frequência de escovação na escola A 34,51% escovavam três vezes; 7,04% quatro vezes; e 2,11% mais de quatro vezes. Na escola B 41,93% escovavam três vezes; 9,68% quatro vezes e 3,23% mais de quatro vezes. Os autores concluíram que o percentual de crianças que escovavam os dentes diariamente foi alto nas 2 escolas; 100% das que escovavam os dentes fazem sempre com dentifrícios.

Lopes & Morita (1997), identificaram alguns indicadores do conhecimento de 39 escolares na faixa etária de 11 a 12 anos e suas respectivas mães, sobre higiene bucal. Os autores observaram que 100%

das crianças possuíam escovas. Quanto ao uso de pasta de dentes, 100% afirmaram usar creme dental para escovar os dentes. Em relação a frequência de escovação 76,92% afirmaram escovar três vezes por dia. Quando perguntados porque escovam os dentes, 59,0% o fazem para limparem os dentes; 25,64% para ter bom hálito e 15,38% por outros motivos (ficarem brancos, para não doer, para não dar problema no estômago).

Fraga et al. (1999), avaliaram, através de um questionário, o conhecimento de higiene bucal de 420 escolares, de 4 escolas da rede pública de Bauru, na faixa de 9 a 12 anos. Sendo que 2 escolas participavam de um programa de Educação em saúde bucal e outras 2 não participavam. Entre os alunos que participavam do programa as autoras observaram: 100% dos alunos tinham escova, 100% escovavam os dentes todos os dias, quanto a frequência de escovação 73,33% escovavam três vezes; em relação ao uso de creme dental na escovação 7,56% não usam e 92,44% usam. Quanto ao uso conjunto da mesma escova 5,33% afirmaram usar a mesma escova que outros membros da família usam e 94,67% afirmaram não compartilhar a mesma escova. A frequência do uso de fio dental foi 77,33% e 22,67% afirmaram não usar fio dental.

A placa bacteriana é o principal fator etiológico da doença periodontal e da cárie dentária (Moreira & Hahn, 1994; Moimaz et al., 2000). Pode-se afirmar que há uma relação de causa/efeito direta entre a presença de placa e a inflamação gengival (Medeiros, 1991; Pereira et al. 1996). Da

mesma forma a placa bacteriana pode provocar a descalcificação inicial nos tecidos dentais, através do ataque ácido dos microorganismos, levando ao desenvolvimento da lesão cariosa (Milonari et al. 1994).

Assim, sabendo que a placa bacteriana é o fator etiológico determinante das doenças cárie e periodontal, se faz necessário a promoção de autocuidados que promovam o seu controle (Oliveira et al. 1992). Nesse sentido, a prevenção da doença periodontal e da cárie deve basear-se no controle da placa bacteriana (Figueiredo et al.,1992).

A limpeza mecânica utilizando escova e fio/fita dental é um método efetivo e acessível de remoção e controle de placa bacteriana, quando realizado corretamente (Løe, 1978; Lindhe, 1983; Moimaz, 1994).

Trevisan et al. (1986), avaliaram clinicamente o comportamento das técnicas de Esfregação e Fones para escovação dos dentes, associadas ou não ao uso do fio dental, no controle da placa bacteriana em crianças de 9 a 11 anos. Sendo que a placa bacteriana foi medida os critérios de Løe. Ao final do experimento os autores concluíram que o uso do fio dental, associado a forma habitual de escovação, reduziu em 40,4% os níveis de placa. Revelando a importância do fio dental como agente auxiliar da escovação e remoção da placa nas superfícies proximais.

Hoje sabe-se que o uso do flúor é de extrema importância para impedir o desenvolvimento da cárie dental. A presença constante de flúor na cavidade bucal é indispensável para que atue no processo

desmineralização-rem mineralização e ocorra seu efeito preventivo (Serra & Cury, 1992).

Os métodos utilizados para o uso do flúor são o sistêmico e o tópico. O flúor pode ser administrado de forma sistêmica através da água de abastecimento, sal fluoretado, comprimidos e gotas com flúor. O uso tópico pode ser realizado através de aplicações feitas pelo profissional, bochechos e dentifrícios fluoretados (Pinto, 2000).

Corona & Dinelli (1997), avaliaram um novo método educativo, utilizando o Robô-Sorriso, foram selecionadas 305 crianças na faixa etária de 10 a 12 anos de 2 escolas de Araraquara/SP. Um questionário foi aplicado em 3 momentos: antes da aplicação da mensagem, imediatamente após a aplicação da mensagem e 30 dias após a aplicação da mensagem. Após 30 dias nas questões referentes a placa bacteriana 55,8% assimilaram e retiveram o que é placa e 49,6% disseram que pode ser removida utilizando escova e fio dental. Sobre o momento de escovar os dentes, 48,6% disseram deve escovar os dentes após as refeições e antes de dormir (quatro vezes), 34,4% afirmaram que fio dental deve ser usado para auxiliar na higienização. Quanto ao fio dental 61,5% que deve-se usar o fio dental para limpar entre os dentes onde a escova não limpou. Sobre o flúor 48,3% acertaram para que serve ele serve e 43,9% souberam responder onde é encontrado. Os autores concluíram que decorridos 30 dias

da apresentação do Robô-Sorriso observou-se boa fixação dos ensinamentos.

Costa (2000), verificou a efetividade de várias estratégias motivacionais em adolescentes na cidade de São Luís/MA. Após a estratégia utilizada, os adolescentes foram questionados a respeito das medidas para evitar cárie. Verificou-se que 53,7% disseram que pode se prevenir cárie através da escovação; 7,4% não comendo doces e 30,5% através do fio dental e flúor. A autora reafirma a necessidade dos profissionais darem maior ênfase aos cuidados preventivos através de ações educativas.

Brew & Abegg (2002), com o objetivo de conhecer a situação atual do adolescente do ensino médio em relação à saúde bucal, observaram que 84,85% sabiam o que era placa bacteriana; 30,1% usavam fio dental; 46,1% escovam seus dentes quatro vezes ao dia.

3 OBJETIVO

Avaliar o programa Municipal de Educação em Saúde Bucal, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba através da disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária II e direcionado aos escolares de 1.^a a 4.^a série das escolas públicas municipais e estaduais de Araçatuba/SP.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 O programa de educação em saúde bucal

O Programa Educação em Saúde Bucal desenvolvido pelo Departamento de Odontologia Infantil e Social, através da disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba teve início na década de 70. Inicialmente as atividades se concentravam em uma semana denominada de Semana dos Bons Dentes, posteriormente o Programa expandiu-se chegando hoje abranger todas as escolas da Rede Pública Municipal e Estadual do município de Araçatuba e dos municípios vizinhos pertencentes à Região Administrativa de Araçatuba

Atualmente o referido programa atua em duas esferas:

- a) *Programa Regional de Educação em Saúde Bucal* – desenvolvido no primeiro semestre de cada ano abrangendo os municípios vizinhos como, Guararapes, Clementina, Bilac, Valparaíso, entre outros. Atingindo anualmente cerca de 4.000 escolares.
- b) *Programa Municipal de Educação em Saúde Bucal* – desenvolvido em todas escolas municipais e estaduais do município de Araçatuba durante o segundo semestre de

cada ano. Abrange 21 escolas dando cobertura a aproximadamente 6.000 escolares.

As estórias educativas utilizadas são confeccionadas de acordo com a criatividade do grupo de universitários, baseado em princípios técnicos, teóricos e práticos adquiridos durante o curso de graduação. A escolha do material áudio-visual (slides, fita de vídeo, fantoches) fica a critério dos alunos, desde que seja viável sua utilização.

Os temas abordados nas palestras são:

- *Importância da saúde bucal:* relação saúde bucal e geral, por que ter dentes bons, transmitir conhecimentos sobre a importância da manutenção e higiene dos dentes para estética, fonação e mastigação.
- *O que acontece quando não cuidamos da saúde bucal:* o que é placa bacteriana, como se forma e consequências da não remoção - cárie e doenças da gengiva.
- *O que é cárie e como prevenir:* importância da escovação, técnicas de escovação.
- *Fio dental:* o por quê da utilização: número de lado dos dentes, como usar, tipo de movimentos, quando usar.
- *Flúor:* finalidade, salientar a importância do flúor na água de beber, na pasta de dente e bochechos.

- *Hábitos alimentares*: relação açúcar-cárie, frequência de ingestão é mais importante do que a quantidade ingerida, restringir alimentos açucarados às sobremesas, alimentos fibrosos X alimentos pegajosos.

Após as palestras é feita a evidenciação de placa e escovação supervisionada em todos os escolares.

O programa de Educação em Saúde Bucal faz parte do Serviço Extramural Odontológico (S.E.M.O.) desenvolvido pela mesma disciplina. Além dos trabalhos educativos, o S.E.M.O. oferece atendimento odontológico à comunidade através do Serviço Odontológico Rural – Bairro Água Limpa e Serviço Odontológico Urbano – Fundação Mirim de Araçatuba, Creche Santa Clara de Assis e Programa de Atenção Odontológica à Gestante.

4.2 População de estudo

A população de estudo desta pesquisa é formada pelos escolares da rede pública de Araçatuba de 5^{as}. e 8^a séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba até a 4^a. série do ensino fundamental.

Para avaliar o grau de assimilação de informações adquiridas no Programa, desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa por amostragem, através da aplicação de um questionário aos alunos de 5^a. série, para verificar o aprendizado das informações recebidas; e de 8^a. série, que após três anos fora do Programa, ainda continuariam com os conhecimentos adquiridos. Portanto dois grupos foram analisados, o primeiro, 5^a.série representa os alunos que acabaram de participar do programa e por este motivo, a coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2002, e o de 8^a.série que já tiveram um tempo de fixação das informações que poderiam ter sido reforçadas ou esquecidas, sendo que as entrevistas foram realizadas concomitantemente com as da 5^a.série.

Os cuidados preliminares para o desenvolvimento da pesquisa foram tomados e em primeiro lugar encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba obtendo parecer favorável para o desenvolvimento do estudo (Anexo 5).

Enviou-se um ofício a Dirigente Regional de Ensino de Araçatuba para esclarecer os objetivos do estudo e solicitar a autorização para desenvolvimento da pesquisa nas escolas públicas do município de Araçatuba (Anexo 3), tendo obtido resposta positiva através de ofício com a listagem das escolas (Anexo 4).

Posteriormente solicitou-se à Delegacia Regional de Ensino uma lista contendo todos os alunos regularmente matriculados nas escolas

públicas do município de Araçatuba no ano de 2002, que ofereciam 5.^{as} e 8.^{as} séries do ensino fundamental para seleção da amostra.

4.3 Plano de amostragem

De acordo com a informação da Delegacia Regional de Ensino de Araçatuba, no ano letivo de 2002, constam no município 19 Escolas Estaduais que oferecem 5.^{as} séries, compreendendo 1934 alunos e, 21 Escolas Estaduais que oferecem 8.^{as} séries, compreendendo 2396 alunos.

A pesquisa em pauta foi realizada com o delineamento de amostragem estratificada onde cada escola foi considerada um extrato e adotou-se o método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho do extrato) para o sorteio.

Aceitou-se uma diferença máxima de 5% entre os resultados amostrados e a população ($d = 5\%$) e considerou-se uma probabilidade convencional de 50% ($p=50\%$).

Com base nesses parâmetros, pode-se estimar um tamanho mínimo da amostra de 384 escolares para cada uma das séries. Considerando a possibilidade de perda, acrescentou-se 20% sobre esse mínimo. Para as escolas com 5.^{as} Séries, a fração de amostragem foi 1 para

4 ($f= 1/4$) e para as escolas de 8^{as}.Séries, a fração de amostragem foi 1 para 5 ($f= 1/5$) .

Realizou-se o **sorteio sistemático** sobre o Banco de Dados fornecido pela Delegacia Regional de Ensino de Araçatuba utilizando o aplicativo EPI- Info e obteve-se previamente a listagem resultante do sorteio aleatório dos escolares que seriam entrevistados em cada escola. Este método permite manter a característica probabilística da pesquisa, e ao mesmo tempo, agilizar a coleta de dados.

4.4 Elaboração do questionário e pré-teste

Um questionário contendo 29 questões relativas a saúde bucal e baseadas nos temas que são abordados pelo Programa de Educação em Saúde Bucal foi elaborado, conforme roteiro fornecido pela disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária II. O questionário contém quatro questões abertas e as demais na forma de teste múltipla escolha (Anexo 1).

Em seguida realizou-se o pré-teste em 25 escolares com a finalidade de verificar possíveis falhas no instrumento e garantir a confiabilidade e validade. Após algumas reformulações considerou-se adequado o questionário.

4.5 Aplicação dos questionários

Os questionários foram aplicados aos alunos de 5.^a e 8.^a séries pertencentes ao ensino público do município de Araçatuba, no primeiro semestre do ano de 2002.

O pré-requisito para os alunos responderem ao questionário foi ter estudado da 1.^a a 4.^a série do ensino fundamental em escolas públicas de Araçatuba, as quais deveriam ter participado do Programa de Educação em Saúde Bucal que está sendo avaliado.

Após esclarecimento prévio sobre os objetivos da pesquisa, os alunos pertencentes à amostra eram encaminhados para uma outra sala para responderem ao questionário. Importante ressaltar que no questionário não havia campo para identificação do aluno e este poderia se recusar a responder. Todos os questionários foram aplicados por apenas um entrevistador (o pesquisador).

Houve um retorno nas escolas com a finalidade de encontrar os alunos faltosos no dia da aplicação do questionário para diminuir as perdas.

4.6 Critério de correção dos questionários

Os dados foram processados considerando três grupos: o primeiro Grupo envolveu as de múltipla escolha onde uma ou mais respostas estariam corretas e compreendeu as questões de número 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e o questionário com as respostas corretas se encontra no Anexo 2.

O segundo Grupo é formado pelas questões onde o aluno informa quem mais o orientou sobre saúde bucal e sobre o entendimento do Programa e correspondeu às questões 4 e 28.

O terceiro Grupo são as questões abertas onde o aluno pode expressar livremente seu pensamento. Neste Grupo ficaram as questões 6, 26, 27, 29.

4.7 Análise Estatística

Os dados foram digitados, processados e analisados utilizando o Software EPI 2000, versão 1.1.

Através de um programa desenvolvido para correção das questões do Grupo 1, pode-se criar a variável com duas categorias (certas ou erradas) e verificou-se a associação entre esta variável e série (5^a. e 8^a.),

em cada questão, através do Teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 5%.

Nas questões do Grupo 2 os dados foram processados e expressos em número e percentual, porém a questão 28 foi reclassificada em duas categorias, respostas positivas (entendi e passei a cuidar melhor dos dentes) e negativas (as outras opções) e aplicou-se o Teste Qui-quadrado para verificar a associação entre esta variável e série.

Nas questões do Grupo 3 foi aplicada a metodologia de Análise de Conteúdo (Valla, 1986), e o Teste de Proporção ao nível de 5%.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

No que se refere ao delineamento da amostra, na 5ª.série 3,2% do total sorteado não participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal quando cursou da 1ª. a 4ª. série, e estes alunos não foram entrevistados. Também não foram entrevistados 12 escolares, pois não estavam presentes no dia da entrevista bem como no dia do retorno, correspondendo a 2,5%; quatro alunos não quiseram ser entrevistados correspondendo 0,8% e 33 escolares deixaram de freqüentar escola, correspondendo 6,8%. Estes não foram substituídos, uma vez que se manteve o sorteio sistemático inicial. A perda total significou 13,3% e ficou aquém dos 20% acrescentados. Foram realizadas 419 entrevistas na 5ª. série.

Na 8ª. série, também não foram consideradas as entrevistas com alunos que não participaram do Programa de Educação de Saúde Bucal quando cursou da 1ª. a 4ª. série, totalizando 11,5% do total sorteado; alunos que deixaram a escola, 32 escolares, correspondendo 6,7% e faltosos não entrevistados, 3,5%. Houve portanto um total de 21,7% de perda final, sendo que foram entrevistados 378 escolares de 8ª. série. Das 384 entrevistas como mínimo previsto, a diferença foi de 6 escolares e isso não significa

perda de precisão, dado que representa 0,016% a menos do tamanho mínimo estimado.

Os resultados da pesquisa estão agrupados em dois itens: o primeiro refere-se ao conhecimento dos alunos sobre saúde bucal – Grupo 1 e a questão 6 do Grupo 3. E o segundo, a opinião do programa pelos alunos, Grupo 2 e as demais questões do Grupo 3.

5.1 Conhecimento dos alunos sobre saúde bucal.

A avaliação do conhecimento e hábitos dos alunos sobre saúde bucal englobou 24 questões do questionário, onde 23 foram de múltipla escolha e uma foi aberta .

Na Tabela 1 foram agrupadas as perguntas fechadas que foram utilizadas e a Tabela 2 mostra o desempenho dos alunos por série. Esta Tabela está representada graficamente na Figura 1

Tabela 1 – Perguntas sobre o conhecimento e hábitos de higiene bucal no questionário utilizado para avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Questão	Perguntas
1	Porque você acha importante ter dentes bons?
2	A melhor forma de manter um sorriso bonito é:
3	O principal responsável pela manutenção de sua saúde bucal é:
5	A cárie dentária:
7	Você acha possível ter dentes sem cárie a vida toda?
8	Você costuma comer doces, balas, chocolates, chicletes entre as refeições
9	Para você o açúcar:
10	Quando chega o momento de escovar os dentes você:
11	Você tem escova de dente?
12	Você usa a mesma escova de dente que outras pessoas da sua casa usam?

-
- | | |
|----|--|
| 13 | Você escova seus dentes todos os dias? |
| 14 | Quantas vezes por dia você escova seus dentes? |
| 15 | Qual o momento mais adequado para escovar os dentes? |
| 16 | Para que você escova os dentes? |
| 17 | O que você usa para escovar os seus dentes? |
| 18 | Placa bacteriana é? |
| 19 | A placa bacteriana pode causar: |
| 20 | A placa bacteriana pode ser removida: |
| 21 | Você sabe usar fio dental? |
| 22 | Você usa fio dental? |
| 23 | Para que você usa fio dental? |
| 24 | O flúor serve para: |
| 25 | O flúor pode ser encontrado somente: |
-

Tabela 2 – Distribuição por erros e acertos das questões relativas ao conhecimento e hábitos de higiene bucal. Alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Questão	5ª. Série				8ª. Série				qui quadrado	p valor
	Certo		Errado		Certo		Errado			
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%		
1	377	90,0	42	10,0	355	93,9	23	8,2	4,1168	0,0425 *
2	233	55,6	186	44,4	265	70,1	113	29,9	17,817	<0,0001 *
3	212	50,6	207	49,4	236	62,4	142	37,6	11,3125	0,0008 *
5	45	10,7	374	89,3	37	9,8	341	90,2	0,1949	0,6589
7	279	66,6	140	33,4	251	66,4	127	33,6	0,0031	0,9559
8	291	69,5	128	30,5	203	53,7	175	46,3	20,9127	<0,0001 *
9	325	77,6	94	22,4	306	81,0	72	19,0	1,3823	0,2397
10	405	96,7	14	3,3	362	95,2	16	4,2	0,436	0,5091
11	410	97,9	9	2,1	374	98,9	4	1,1	1,4709	0,2252
12	395	94,3	24	5,7	368	97,4	10	2,6	4,6232	0,0315 *
13	403	96,2	16	3,8	370	97,9	8	2,1	1,9715	0,1603
14	370	88,3	49	11,7	322	85,2	56	14,8	1,6915	0,1934
15	312	74,5	107	25,5	312	82,5	66	17,5	7,6272	0,0057 *
16	291	69,5	128	30,5	291	77,0	87	23,0	5,7246	0,0167 *
17	379	90,5	40	9,5	360	95,2	18	4,8	6,742	0,0094 *
18	143	34,1	276	65,9	159	42,1	219	57,9	5,3162	0,0211 *
19	226	53,9	193	46,1	248	65,6	130	34,4	11,2296	0,0008 *
20	191	45,6	228	54,4	174	46,0	204	54,0	0,016	0,8994
21	396	94,5	23	5,5	347	91,8	31	8,2	2,3136	0,1282
22	285	68,0	134	32,0	234	61,9	144	38,1	3,2708	0,0705
23	208	49,6	211	50,4	188	49,7	190	50,3	0,0007	0,9790
24	306	73,0	113	27,0	311	82,3	67	17,7	9,7126	0,0018 *
25	161	38,4	258	61,6	199	52,6	179	47,4	16,2264	0,0001

* estatisticamente significativo ao nível de 5%

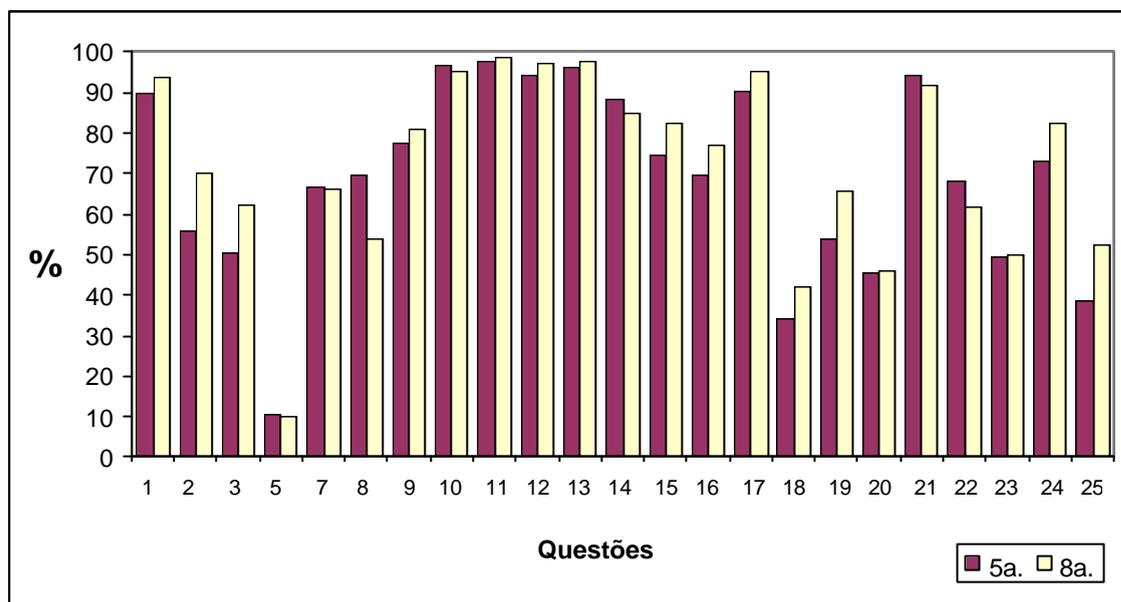


FIGURA 1 – Distribuição dos acertos das questões relativas ao conhecimento e hábitos de higiene bucal. Alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, para a questão 1 “*Por que você acha importante ter dentes bons*”, pode-se observar que 90,0% dos alunos da 5.^a. série e 93,9% dos alunos da 8.^a. série acham importante ter dentes bons “*para manter a saúde da boca ou para manter a saúde geral*”. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre acertos e série, sendo que o aluno da 8.^a. série teve melhor desempenho nesta questão, embora as séries analisadas tiveram alto

percentual de acertos. Estes resultados vão de encontro às afirmações de Paes & Rose (1997), Weyne (1997), Martins (1998), Vasconcelos & Vasconcelos (1999), ao relatarem que um programa de Educação em Saúde bucal deve abordar a saúde de forma integral e que a saúde bucal está diretamente ligada à saúde geral.

Quando perguntados “Qual a melhor forma de manter um sorriso bonito” (questão 2), 55,6% dos alunos da 5ª. série e 70,1% da 8ª. série, responderam “cuidar diariamente dos dentes”. Verificou-se através do Teste Qui-quadrado que a associação entre acertos e série foi significativa. Nas duas séries a maioria dos entrevistados considera os autocuidados importantes para a manutenção de um sorriso bonito, apesar da 8ª.série apresentar uma maior porcentagem. Estas observações são fundamentas por Maslow apud Couto (1997), ao afirmar que procurar atendimento para tirar a dor o indivíduo não está preocupado com a saúde, mas alívio para um problema; e por Nadanovsky (2000), que afirma que os serviços odontológicos contribuem muito pouco para a saúde bucal. No entanto não se deve desconsiderar a responsabilidade do cirurgião-dentista na adoção de medidas preventivas.

No que diz respeito à pergunta sobre “O principal responsável pela manutenção da saúde bucal” (questão 3), 50,6% dos alunos da 5ª. série e 62,4% da 8ª. série, responderam ser eles próprios os principais responsáveis. Houve associação estatisticamente significativa

entre acertos e série. A 8ª série apresentou maior porcentagem, o que possivelmente demonstra a preocupação do adolescente com a “boa aparência” e “bom hálito” chamando para si a responsabilidade sobre os autocuidados. Os resultados menores da 5ª série pode ser explicado pelo fato das crianças nessa faixa etária ainda possuírem um certa dependência dos pais e necessitarem da motivação destes. No entanto esses resultados são positivos uma vez que coincidem com as opiniões de Gonçalves & Silva (1992), ao declararem que a filosofia preventiva fundamenta-se na manutenção da saúde bucal, de maneira que o indivíduo possa tornar-se motivado e responsável por sua higiene bucal. E de Gonçalves et al. (1998), ao afirmarem que a motivação vem do íntimo de cada pessoa e somente após desenvolver uma vontade própria é que os resultados são satisfatórios.

Referindo-se a pergunta sobre a transmissibilidade da cárie dentária (questão 5), somente 10,7% dos entrevistados da 5ª série e 9,8% da 8ª série responderam que cárie dentária é uma doença e a reconhecem como sendo transmissível. Não houve associação estatisticamente significativa entre acertos e séries, sendo que as duas séries apresentaram baixo percentual de acertos. A análise dos resultados mostra que o grau de fixação dos entrevistados, neste aspecto, foi baixo, o que pode ser explicado por ser uma questão conceitual. Segundo Newbrum (1988) a cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível e ocasionada por bactérias que

colonizam a superfície do dente. Esses dados são inferiores aos encontrados por Unfer (1998).

Quando perguntados sobre a possibilidade de terem dentes sem cárie a vida toda (questão 7), 66,6% dos alunos da 5ª. série e 66,4% da 8ª. série, responderam que “*sim*”. Isto é um fato positivo, pois mostra que a maioria dos entrevistados não considera a cárie como uma fatalidade, ao contrário do que se observaram Sawazaki & Nakama (1997) em seus estudos. Não houve associação estatisticamente significativa entre acertos e série nesta questão.

Quanto a ingestão de doces, balas, chocolates, chicletes entre as refeições (questão 8), 69,5% da 5ª. série e 53,7% da 8ª. série disseram não consumir esses alimentos entre as refeições. Através do Teste Qui-quadrado constatou-se associação estatisticamente significativa entre acertos e série. Sendo que na 5ª série o número de escolares que afirmaram não comer doces entre as refeições é maior. Carlsson & Hamilton (1995) relatam que o metabolismo dos carboidratos feito pelas bactérias orais, produz ácidos e estes são responsáveis pelo processo de desmineralização. Esses resultados segundo as afirmações de Viegas (1966) e Pinto (2000), são teoricamente favoráveis uma vez que existe uma correlação entre o número de ingestões de alimentos contendo açúcar e a cárie dental, observando um índice CPO (cariados, perdidos e obturados) mais alto quando há três ou mais ingestões diárias entre os intervalos das refeições.

Esses resultados são superiores aos encontrados por Santos et al. (1992), e semelhantes aos encontrado no estudo de Bastos et al. (1990) e Ramos et al. (1999) . Por outro lado, esses dados contrariam a afirmação de Carmagnani & Queluz (1998) que colocam a ingestão de açúcar entre as refeições por escolares como sendo muito grande.

No que diz respeito ao conhecimento da relação entre o açúcar e a cárie dentária (questão 9), 77,6% dos entrevistados da 5ª. série e 81,0% da 8ª. série afirmaram que “*o açúcar provoca cárie, mas se escovar os dentes depois do consumo, diminui o seu aparecimento*”. Não houve associação estatisticamente significativa entre acertos e série. Esses resultados sugerem que os escolares estão conscientes dos efeitos nocivos do açúcar e a maneira de diminuir os danos causados por ele. Os dados encontrados neste estudo são superiores aos encontrados por Miyazaki et al. (1997).

Sobre a motivação no momento de escovar os dentes 96,7% dos escolares da 5ª. série e 95,2% da 8ª. série disseram que “*sentem necessidade e escovam ou ficam com preguiça, mas escovam*”. Em relação ao item *b* “*fica com preguiça, mas escovã*”, o indivíduo foi considerado motivado porque apesar de não estar disposto, ele ainda escova o que não acontece no item *c* “*só escova quando os pais mandam*”, nesse caso não há motivação, pois se os pais não estiverem presente, provavelmente ele não escovará. Através do Teste Qui-quadrado observou-se que não houve

associação estatisticamente significativa entre acertos e série. Esses resultados são ratificados por Todescan & Todescan (1989); Todescan & Sima (1991); Oliveira et al. (1992), ao afirmarem que a motivação é fator determinante para mudança dos hábitos de higiene bucal e por Couto et al. (1997), ao relatarem que resultados satisfatórios em relação a higiene bucal somente serão conseguidos quando houver um estímulo pessoal ou o indivíduo sentir necessidade de manter sua higiene bucal.

Quando perguntados se possuíam escova de dente (questão 11), 97,6% dos alunos da 5^a. série e 98,9% da 8^a. série responderam que “*sim*”. Observou-se não haver associação estatisticamente significativa entre acertos e série. Pode-se considerar esses resultados positivos, porque não basta apenas fazer com que os indivíduos adquiram informações, é necessário haver condições materiais para colocar em prática as instruções recebidas. Esses resultados são reforçados pelos trabalhos realizados por Figueiredo et al. (1992); Dinbarre & Wanber (1996); Lopes & Morita (1997) e Fraga et al. (1999), onde a maioria dos pesquisados nestes estudos possuíam escova de dente.

Em relação ao uso da mesma escova por outras pessoas da família (questão 12), verificou-se que 94,3% dos escolares pertencente a 5^a. série e 97,4% da 8^a. série afirmaram não fazer uso da mesma escova. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre acertos e série, sendo que na 8^a série um maior número de escolares afirmaram não fazer

uso da mesma escova. Resultados semelhantes foram obtidos por Fraga et al. (1999) entre indivíduos assistidos por um programa de Educação em Saúde Bucal, onde observaram não ser freqüente o uso conjunto da mesma escova.

Quanto à pergunta “*Você escova seus dentes todos os dias*” (questão 13), 96,2% dos entrevistados da 5^a. série e 97,9% da 8^a. série afirmaram escovar os dentes todos os dias. Verificou-se através do Teste Qui-quadrado não haver associação significativa entre acertos e série. Os resultados dessa pesquisa foram semelhantes aos de Fraga et al. (1999) que observaram que a maioria dos indivíduos entrevistados em seu estudo escovavam os dentes diariamente e superiores aos resultados de Figueiredo et al. (1992). Nesse aspecto, Maltz (1996), afirma que a escovação pode desorganizar a placa bacteriana ainda jovem, impedindo sua maturidade microbiológica e limitando sua capacidade de produzir doença.

Em relação a freqüência de escovação (questão 14), a percentagem de alunos da 5^a.série que escovam seus dentes três ou mais vezes foi de 88,3% e da 8^a. série 85,2%. Não houve associação estatisticamente significativa entre acertos e série. De acordo com Koch et al. (1995) e Carmagnani & Queluz (1998), a qualidade da remoção da placa bacteriana é mais importante que a freqüência. No entanto para Maltz & Carvalho (1997), uma maior freqüência de escovação é aconselhada, porque este procedimento serve de veículo para aplicação tópica de flúor através

dos dentífricos. Esses resultados vão encontro as afirmações de Naressi & Moreira (1982); Pádua Lima (1982), ao relatarem que escovar os dentes três vezes ao dia é uma prática bastante eficiente na prevenção de doenças. Deste modo pode-se afirmar que os escolares pesquisados escovam os dentes numa freqüência considerada boa. Os dados foram superiores aos encontrados nos estudos de Figueiredo et al. (1992); Santos et al. (1992); Lopes & Morita (1997); Miyazaki et al. (1997); Fraga et al. (1999) e Brew & Abegg (2002), onde a freqüência de escovação observada ficou aquém dos resultados desta pesquisa.

Para a pergunta “*Qual o momento mais adequado para escovar os dentes*” (questão 15), 74,5% dos entrevistados da 5^a. série e 82,5% da 8^a. série responderam “*depois de ingerir qualquer alimento*” ou “*ao se levantar, antes de dormir e após as refeições*”. Através do Teste Qui-quadrado, verificou-se haver associação estatisticamente significativa entre acertos e série, sendo que na 8^a. série o percentual foi maior do que o observado na 5^a.série. Esses percentuais foram superiores aos encontrados por Corona & Dinelli (1997).

Quando questionados sobre o motivo de escovarem os dentes (questão 16), 69,5% dos alunos da 5^a. série e 77,0% da 8^a. série responderam que escovam os dentes “*para remover restos de alimentos*” ou “*para remover placa bacteriana*”. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre acertos e série, sendo que o aluno da 8^a. série teve melhor

desempenho. No entender de Carmagnani & Queluz (1998), saber o porquê de escovar os dentes, e como, é o início de uma conscientização da necessidade de mudança nos hábitos para se gozar de saúde bucal. Esses resultados vão de encontro às afirmações de Oliveira (1997) ao destacar que os principais objetivos da escovação são remover e desorganizar a formação da placa, remover os restos alimentares e microorganismos. Assim sendo, pode-se afirmar que apesar da escovação ser um ato mecânico, os entrevistados têm consciência do motivo de estarem realizando a escovação.

Com relação à pergunta “*O que você usa para escovar os seus dentes*” (questão 17), 90,5% dos escolares da 5ª. série e 95,2% da 8ª. série afirmaram usar “*sua própria escova e pasta*”. Apesar do percentual de escolares que responderam escova e pasta ser alto nas duas séries analisadas, o Teste Qui-quadrado demonstrou que houve associação estatisticamente significativa quando se fez a associação entre acertos e a série, sendo que um maior percentual foi observado na 8ª.série. O uso de dentifrício na escovação é importante por servir de veículo para liberação de flúor e esse percentual elevado encontrado nas duas séries pode ser considerado satisfatório, uma vez que o flúor irá interferir no desenvolvimento da cárie dentária. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Fraga et al. (1999) e inferiores aos resultados de Figueiredo et al. (1992) e Lopes & Morita (1997) onde 100% dos indivíduos que participaram de seus estudos afirmaram usar escova e pasta.

Sobre o conhecimento dos alunos sobre a placa bacteriana (questão 18) somente 34,1% dos entrevistados da 5^a. série e 42,1% da 8^a. série responderam corretamente. Observou-se através do Teste Qui-quadrado que houve associação estatisticamente significativa entre acertos e série, com maior percentual de acertos na 8^a. série. O dado referente a 5^a. série não é positivo, uma vez que o aluno acabou de sair do programa e se espera uma maior fixação das informações. Este fato mostra que as informações sobre placa bacteriana podem não ter sido transmitidas adequadamente e devem ser mais trabalhadas, uma vez que a placa bacteriana, segundo Moreira & Hahn (1994) e Moimaz et al. (2000), é o principal fator etiológico da cárie e doença periodontal. Nesse sentido é importante que os indivíduos saibam o que é e quais suas conseqüências para a saúde bucal. Esses dados são inferiores aos encontrados no estudo de Corona & Dinelli (1997) e Brew & Abegg (2002).

Sobre as conseqüências da placa bacteriana (questão 19), 53,9% dos entrevistados da 5^a. série e 65,6% da 8^a. série responderam corretamente. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre acertos e série, sendo que a 8^a.série apresentou melhor desempenho. Para Medeiros (1991) e Pereira et al. (1996), há uma relação de causa/efeito direta entre a presença de placa e a inflamação gengival. Da mesma forma Milori et al. (1994) afirma que a placa bacteriana pode provocar a descalcificação inicial nos tecidos dentais, levando ao desenvolvimento da

lesão cariosa. Comparado os dados referentes a esta questão com os da anterior (questão 18), observa-se que apesar da maioria dos alunos não saber o que é placa bacteriana, eles estão cientes de suas causas. Esses resultados são superiores ao encontrado por Corona & Dinelli (1997), que obteve 47,2% em seu estudo.

Quando questionados sobre a remoção da placa bacteriana (questão 20), 45,6% da 5ª série e 46,0% da 8ª série disseram que “*pode ser removida utilizando escova e fio dental*”. Através do Teste Qui-quadrado verificou-se não haver associação estatisticamente significativa entre acertos e série. Pode-se observar através da análise desses dados que as causas da placa bacteriana são mais conhecidas do que os meios utilizados para sua remoção e controle, reforçando a idéia de se dar mais ênfase ao assunto, pois, segundo Lindhe (1983) e Moimaz (1994), a limpeza mecânica utilizando escova e fio dental é um método efetivo e acessível de remoção e controle da placa bacteriana quando realizado corretamente.

Para a pergunta “*Você sabe usar fio dental*” (questão 21), 94,5% da 5ª. série e 91,8% da 8ª. série afirmaram que “*sim*”. Não houve associação significativa entre acertos e série. Trevisan et al. (1986), no seu estudo observaram que o uso do fio dental associado a escovação reduziu os níveis de placa, revelando a importância do fio dental na remoção da placa bacteriana das superfícies proximais. Os resultados obtidos por

Miyazaki et al. (1997) em seu estudo, foram inferiores aos encontrados neste estudo.

Em relação ao uso do fio dental (questão 22), 68,0% dos alunos da 5^a. série e 61,9% da 8^a. série responderam que o utilizam até duas vezes ao dia. Ao comparar esses dados com os resultados da questão anterior observa-se que a maioria afirma saber usar fio dental, mas a porcentagem dos que dizem usar é bem menor. Nesse sentido, o aspecto sócio-econômico deve ser levado em consideração, e se deve questionar qual o acesso desses indivíduos aos materiais utilizados para realizar a higiene bucal, uma vez que a informação é importante, mas não suficiente para a mudança de comportamento. No entanto esses resultados foram superiores aos encontrados por Santos et al. (1992); Miyazaki et al. (1997); Ramos et al. (1999) e Brew & Abegg (2002), porém inferiores aos de Fraga et al. (1999). O Teste Qui-quadrado demonstrou que não houve associação estatisticamente significativa entre acertos e série.

Quando perguntados sobre a finalidade do uso do fio dental (questão 23), 49,6% dos alunos da 5^a. série e 49,7% da 8^a. série afirmaram utilizar o fio dental para “*remoção de restos alimentares e placa bacteriana entre os dentes*”. A análise desses resultados ratifica a necessidade de se trabalhar os meios de remoção e controle da placa bacteriana como verificado na análise dos dados da questão 20. Corona & Dinelli (1997), em seu estudo obtiveram dados superiores aos encontrados nesta pesquisa.

Observou-se não haver associação estatística significativa entre acertos e série.

Em relação a pergunta “*Para que serve o flúor*” (questão 24) 73,0% da 5ª. série e 82,3% da 8ª. série responderam que o flúor serve para “*evitar que o dente tenha cárie*”. Através do Teste Qui-quadrado verificou-se haver associação estatisticamente significativa entre acertos e série. A 8ª série apresentou um melhor desempenho, embora as duas séries analisadas obtiveram um alto percentual de acertos. Para Serra & Cury (1992), o flúor é importante para impedir o desenvolvimento da carie dental. A presença constante de flúor na cavidade bucal é indispensável para que atue no processo desremineralização-remineralização e ocorra seu efeito preventivo. Esses resultados são superiores aos encontrados nos estudos de Corona & Dinelli (1997) e Unfer (1998).

Quando questionados sobre onde o flúor pode ser encontrado (questão 25), somente 38,4% dos alunos da 5ª. série e 52,6% da 8ª. série responderam na água de abastecimento, dentífricos ou em aplicações feitas pelo dentista. Para Pinto (2000), os métodos utilizados para o uso do flúor são o sistêmico e o tópico. O flúor pode ser administrado de forma sistêmica através da água de abastecimento, sal fluoretado, comprimidos e gotas com flúor. O uso tópico pode ser realizado através de aplicações feitas pelo profissional, bochechos e dentífricos fluoretados. Os dados da 5ª. série são inferiores aos achados de Unfer (1998) e Corona &

Dinelli (1997), o que sugere que a população estudada conhece os benefícios do flúor como demonstrado na questão anterior, mas não está bem claro onde pode ser encontrado havendo necessidade do assunto ser mais enfatizado.

A Tabela 3 e o Gráfico 2 mostram a distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de acertos, por série.

Tabela 3 – Distribuição dos escolares pelo número de questões acertadas, alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

n.º de questões acertadas	5. ^a . Série		8. ^a . Série	
	n.º	%	n.º	%
1	01	0,2	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0
3	0	0,0	0	0,0
4	0	0,0	0	0,0
5	0	0,0	0	0,0
6	01	0,2	01	0,3
7	0	0,0	02	0,5
8	04	1,0	02	0,5
9	06	1,4	07	1,9
10	10	2,4	06	1,6
11	24	5,7	15	4,0
12	35	8,4	17	4,5
13	54	12,9	25	6,6
14	47	11,2	45	11,9
15	76	18,1	63	16,7
16	58	13,8	57	15,1
17	53	12,6	74	19,6
18	30	7,2	43	11,4

19	17	4,1	19	5,0
20	03	0,7	02	0,5
21	0	0,0	0	0,0
22	0	0,0	0	0,0
23	0	0,0	0	0,0
TOTAL	419	100	378	100

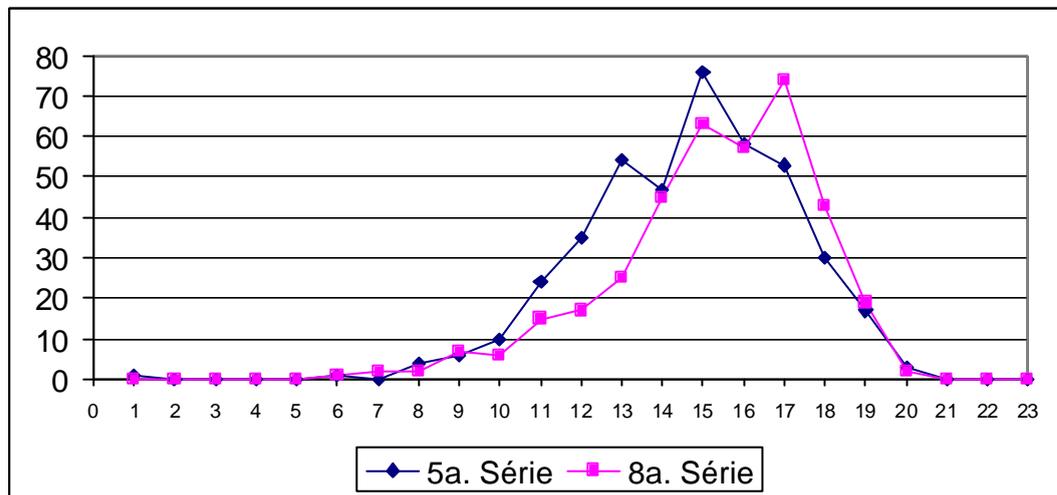


FIGURA 2 – Comparação do número de acertos dos alunos de 5^{as} e 8.^{as} séries que participaram Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3 e Figura 2, pode-se observar que nenhum aluno das duas séries acertou todas

as questões fechadas que totalizavam 23 questões. O máximo de acertos foi de 20 questões, sendo que 56,5% dos alunos de 5^a.série e 68,3% dos alunos de 8^a.série tiveram 15 ou mais acertos em 23 questões do instrumento de avaliação utilizado neste estudo.

A média de acertos na amostra analisada da 5^a. série foi de 14,62 com erro padrão igual a 0,1248. Na 8^a. série foi de 15,27 com erro padrão de 0,1274. Ao aplicar o Teste de Médias obteve-se o valor de $F = 13,07$ com p-valor de 0,0003. Deste modo pode-se concluir que houve diferença na quantidade de acertos entre as duas séries, sendo que, a 8^a. série acertou em média mais questões que a 5^a. série.

Para fazer a estimativa sobre os resultados amostrais para a toda população de escolares de Araçatuba, calculou-se o intervalo de confiança para distribuição de médias amostrais. Para 5^a. série o limite inferior do intervalo foi de 14,39 e o superior de 14,87. Na 8^a. série o limite inferior foi de 15,02 e o superior de 15,52. Deste modo, pode-se afirmar que em 95,0% das amostras que fossem sorteadas para este estudo, o número médio de acertos estaria contido neste intervalo de confiança.

Na Tabela 4 estão expressas as freqüências das palavras mais utilizadas para responder à pergunta “O que é preciso fazer para evitar a cárie” (questão 6). As respostas não são mutuamente exclusivas.

Tabela 4 - Frequência das palavras mais citadas nas respostas à “O que é preciso fazer para evitar a cárie”. Alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Respostas	5 ^a . Série		8 ^a . Série		Qui quadrado	p-valor
	n. ^o	%	n. ^o	%		
Escovar os dentes	391	93,32	344	91,01	1,48,	0,2236
Ir ao dentista	97	23,15	123	32,54	2,6	0,0030*
Usar fio dental	74	17,66	84	22,22	1,91	0,1067
Não comer muito doce	54	12,89	44	11,64	8,77	0,5922
Flúor	13	3,10	19	5,03	0,29	0,1671
Não sei	03	0,72	-	-	1,14	0,2850
Não respondeu	10	2,39	11	2,91	0,21	0,6450

Teste de Proporção

* significativo ao nível de 5%

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram que não houve diferença estatística significativa na proporção da citação da escovação como principal medida preventiva da cárie dentária. Esses dados, acima de 90,0%, são superiores aos encontrados por Unfer (1998) e Costa (2000). Isso é importante, pois segundo Maltz (1996), a escovação pode desorganizar a placa bacteriana ainda jovem, impedindo sua maturidade e limitando sua capacidade de produzir doença.

Para 23,5% dos alunos da 5^a.série e 32,54% da 8^a. série “*ir ao dentista*” é uma das maneiras de se evitar a cárie. Esta diferença foi estatisticamente significativa ao nível de 5%, com o aluno da 8^a. série dando mais ênfase que o de 5^a.série. Resultados superiores foram encontrados por Unfer (1998). Segundo Nadanovsky (2000), os serviços odontológicos tiveram uma contribuição pequena para o declínio da cárie dentária nos últimos anos. A afirmação “*ir ao dentista regularmente*” deve ser questionada, pela dificuldade de acesso da população aos serviços odontológicos sejam eles públicos ou privados. O serviço público não consegue absorver toda demanda e somente uma minoria da população busca o privado, logo seria uma contradição pedir à população para “visitar o dentista regularmente”. Portanto essa “recomendação” deveria ser repensada, mas sem deixar de lado a responsabilidade do cirurgião-dentista na promoção de saúde.

A utilização do flúor para prevenção da cárie foi muito baixa nas duas séries sem haver diferença estatística entre elas (= 5,1%). Resultado superior obteve Unfer (1998), em seu estudo. Para tanto, nota-se a necessidade de se enfatizar mais os benefícios do flúor na prevenção da cárie dental, seja através do uso tópico ou sistêmico.

A citação do uso do fio dental foi baixa em ambas as séries (= 23%). Os dados são inferiores aos encontrado por Costa (2000). Deste modo o uso do fio dental deveria ser mais enfatizado, pois para Trevisan et

al. (1986), a utilização do fio dental como agente auxiliar da escovação e remoção de placa bacteriana das superfícies proximais é fundamental.

Nas duas séries avaliadas, “*Não comer muito doce*” foi citado por 13% dos entrevistados. Estes resultados são superiores aos encontrados por Costa (2000) e menores dos encontrados no trabalho de Unfer (1998). Apesar de ser um percentual baixo de citação, pode não ser negativo, pois a maioria dos entrevistados tem conhecimento dos efeitos nocivos do açúcar e a maneira de diminuir os danos causados por ele (questão 9).

A Tabela 5 mostra a distribuição dos alunos em relação à aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal.

Tabela 5 – Distribuição das respostas à pergunta “*De quem você recebeu mais orientações sobre saúde bucal?*”. Alunos de 5.^{as} e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Respostas	5. ^a Série		8. ^a Série	
	n.º	%	n.º	%
De seu dentista	148	35,3	123	32,5
Dos estudantes de Odontologia que visitaram sua escola	145	34,6	121	32,0
De seus pais	105	25,1	122	32,3
De seus professores	12	2,9	05	1,3

Através da televisão	05	1,2	02	0,5
Através de revista e jornais	01	0,2	01	0,3
Outros	02	0,5	03	0,8
Não responderam	01	0,2	0,1	0,3
Total	419	100	378	100

Foi aplicado o Teste de Proporção para comparação de quatro categorias: “*seu dentista*”, “*estudantes de Odontologia*”, “*seus pais*” e “*outros*” para duas séries. Na 5^a.série o Qui-quadrado foi 113,71 com p-valor = 0,0001 e na 8^a. série 118,10 com p valor = 0,0001.

Quando comparado as duas séries, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a aquisição de orientações do cirurgião dentista ou dos acadêmicos que faziam parte do Programa, mostrando a relevância do Programa na orientação dos alunos sobre os hábitos de higiene bucal e a responsabilidade do cirurgião-dentista na educação de seu paciente em relação aos cuidados preventivos.

Interessante observar a diferença de respostas de 5^a. e 8^a séries quando se referiu aos seus pais. Os escolares da 8^a.série colocaram essa opção na mesma importância dos dentistas e estudantes de Odontologia por volta de 32,0%, enquanto que os de 5^a série indicaram a

influência de seus pais menor que os acima citados, apresentado um diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado 5,08, p valor = 0,0242).

A porcentagem de alunos que recebeu orientações “*de seus professores*” foi muito pequena nas duas séries. Nesse sentido, há necessidade de se trabalhar em integração com pais e professores, pois estes têm um convívio maior com os escolares e podem influir de maneira significativa no repasse de medidas preventivas que resultem na mudança de comportamento desses indivíduos.

5.2 Opinião dos alunos sobre o programa.

A Tabela 6 mostra a freqüência das palavras mais utilizadas para responder à pergunta “*O que você achou dessas visitas*” (questão 26).

Tabela 6 - Freqüência das palavras mais citadas nas respostas à ‘*O que você achou dessas visitas*’. Alunos de 5.^{as}. e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Respostas	5 ^a . Série		8 ^a . Série		Qui quadrado	p-valor
	n.º	%	n.º	%		
Ótimo/muito bom/bom	217	51,79	211	55,82	1,30	0,2545

Muito legal/legal	138	32,94	53	14,02	39,02	<0,0001*
Importante	49	11,69	64	16,93	4,48	0,0343*
Interessante	23	5,49	19	5,03	0,09	0,7702
Educativas	04	0,95	03	0,79	0,02	0,8911
Voltar mais vezes	04	0,95	05	1,32	0,02	0,8764
Chata	-	-	0,1	0,26	—	—
Não lembro	-	-	10	2,65	—	—
Outros	07	1,67	11	2,91	1,38	0,2396
Não respondeu	11	2,63	21	5,56	4,43	0,0353*

Teste de Proporção

* significativo ao nível de 5%

Analisando os resultados da Tabela 6 observa-se que as palavras “ótimo/muito bom/bom” foram citadas por 51,79% dos alunos da 5ª. série e por 55,82% da 8ª.série, quando questionados sobre o que acharam das visitas. Podendo ser constatado pela manifestação de alguns entrevistados:

“ótimas, mudaram minha atitude, em casa eu não gostava de escovar os dentes, agora eu gosto muito.” (aluno da 5ª.série).

“achei muito bom porque ajudou as pessoas que não sabiam escovar os dentes e nos ensinou bastante”. (aluno da

5^a.série).

“bom, porque é um jeito legal que eles mostram como cuidar melhor dos dentes”. (aluno da 8^a. série).

As palavras *“muito legal/legal”* foram mais citadas 5^a.série do que na 8^a. série, diferença esta, confirmada pelo Teste de Proporção. Abaixo, algumas falas dos entrevistados:

“achei muito legal e divertido...” (aluno da 5^a.série).

“legal, pois muitas pessoas não têm esse privilégio que nós tivemos”. (aluno da 5^a.série).

“muito legal, pois acho que muitas pessoas não sabiam sobre o que foi falado...” (aluno da 8^a.série).

A palavra *“importante”* foi mais citada na 8^a.série, sendo estatisticamente significativa a diferença com o percentual de citação da 5^a.série. Segue algumas falas:

“eu achei muito importante para as crianças, porque não é só o dentista que tem que cuidar dos dentes.” (aluno da 5^a.série).

“achei muito importante, porque muitas crianças não têm as

informações dos pais e esses estudantes passam muitas informações.”(aluno da 8^a.série).

Na 5^a.série e na 8^a.série a palavra “*interessante*” foi citada por cerca de 5% dos entrevistados. Abaixo algumas expressões dos entrevistados:

“interessantes, porque me auxiliaram a compreender sobre a higiene e doenças bucais.” (aluno da 5^a.série).

“muito interessante, porque eu era novo e não tinha muitas orientações.” (aluno da 8^a.série).

A palavra “*educativa*” foi citada por menos de 1% dos entrevistados em ambas as séries. Abaixo algumas manifestações dos entrevistados:

“educativas para aprendermos a escovar os dentes.”(aluno da 5^a.série).

“educativas, trazem informações com divertimento.” (aluno da 8^a.série).

Por volta de 1% dos alunos de 5^a. série e 8.^a série disseram que “*deveriam voltar mais vezes*”. A única palavra considerada negativa

citada pelos entrevistados foi “chata”, opinião de um escolar da 8^a.série, e 10% dos escolares da mesma série afirmaram não se lembrar.

Na Tabela 7 estão as freqüências das palavras mais utilizadas nas respostas à pergunta “*Para que serviram essas visitas*” (questão 27).

Tabela 7 - Freqüência das palavras mais citadas nas respostas à “*Para que serviram essas visitas*”. Alunos de 5.^{as}. e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Respostas	5 ^a . Série		8 ^a . Série		Qui quadrado	p-valor
	n. ^o	%	n. ^o	%		
Para ensinar/ aprender/ ajudar cuidar dos dentes	258	61,5	218	57,67	1,26	0,2619
Deixar os dentes saudáveis/ melhorar saúde bucal	49	11,69	58	15,34	2,28	0,1313
Prevenir cárie/doenças	37	8,83	44	11,64	1,72	0,1899
Informar/orientar/ensinar	42	10,02	41	10,85	0,14	0,7041
Não lembro	-	-	03	0,79	1,56	0,2121
Não sei	8	1,91	01	0,26	3,45	0,0630
Outros	12	2,86	12	3,17	0,07	0,7977
Não respondeu	32	7,64	28	7,41	0,02	0,9022

Teste de Proporção

* significativo ao nível de 5%

De acordo com os resultados da apresentados na Tabela 7, quando perguntados “*para que serviram essas visitas*”, cerca de 61,0% dos entrevistados das duas séries citaram as palavras “*para ensinar, aprender, ajudar e/ou incentivar a cuidar dos dentes*”. Essas expressões podem ser verificadas pelas manifestações:

“para nós aprendermos mais a cuidar de nossos dentes.”

(aluno da 5^a.série).

“para ensinar a gente a escovar os dentes e cuidar melhor

deles.” (aluno da 8^a.série).

Menos 16% dos escolares citaram “*deixar os dentes saudáveis, melhorar a saúde bucal*”. Abaixo algumas manifestações dos entrevistados:

“falar qual a melhor maneira de deixar os dentes saudáveis”.

(aluno da 5^a.série).

“para nos ajudar a ter uma saúde bucal melhor”. (aluno da

8^a.série).

As palavras “*prevenir cárie/doenças*” foram citadas por menos de 12% dos entrevistados de ambas as séries. Segue algumas manifestações:

“para ensinar a evitar cáries”. (aluno da 5^a.série).

“para nos orientar das cáries e de outras doenças da boca”.

(aluno da 8^a.série).

Por volta de 10% dos escolares citaram as palavras “*informar/orientar/ensinar*”. Abaixo algumas expressões citadas:

“para nos ensinar.” (aluno da 5^a.série).

“para nos orientar.” (aluno da 8^a.série).

A Tabela 8 mostra a distribuição das respostas à pergunta “*Você entendeu o que eles falavam*” (questão 28).

Tabela 8 – Distribuição das respostas dos escolares à pergunta “*Você entendeu o que eles falavam*”. Alunos de 5.^{as}. e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

Respostas	5 ^a . Série		8 ^a . Série	
	n.º	%	n.º	%
Eu entendi e passei a cuidar melhor dos dentes	332	79,2	292	77,2
Eu entendi, mas logo esqueci	50	11,9	29	7,7
Eu entendi, mas não coloquei em prática o que eles ensinavam	30	7,2	38	10,1
Eu não entendia nada	03	0,7	10	2,6
Não responderam	04	1,0	09	2,4

Analisando os dados apresentados na Tabela 8, observa-se que 79,2% dos entrevistados da 5^a.série e 77,2% da 8^a. série afirmaram que entenderam o que os acadêmicos de Odontologia falavam e passaram a cuidar melhor dos dentes. As demais respostas corresponderam a 20,8% na 5^a.série e 22,8 na 8^a.série. O fato da maioria dos escolares afirmar ter entendido as explicações e passado a cuidar melhor dos dentes é positivo, mostrando teoricamente, a influência do Programa na melhoria dos hábitos de higiene bucal.

Fez-se a associação entre entendimento do programa e a série, através do Teste Qui-quadrado obtendo 0,4519 com p valor de 0,4967. Desta forma pode-se concluir que o fato aluno estar na 5^a.ou na 8^a.série não

interferiu na resposta sobre a compreensão das informações que foram trabalhadas no Programa avaliado.

A Tabela 9 mostra a freqüência das palavras mais utilizadas para responder sobre o que mais chamou a atenção dos escolares (questão 29).

Tabela 9 - Freqüência das palavras mais citadas nas respostas à “O que mais te chamou a atenção”. Alunos de 5.^{as}. e 8.^{as} séries que participaram do Programa de Educação em Saúde Bucal da F.O.A. – UNESP, Araçatuba, 2002

	5 ^a . Série		8 ^a . Série		Qui Quadrado	p-valor
	n.º	%	n.	%		
A cárie/placa bacteriana bactérias/doenças	77	18,38	70	18,52	0,0	0,9590
Como escovar os dentes/uso do fio dental	72	17,18	46	12,17	3,96	0,0465*
Teatros/histórias/filmes	56	13,37	29	7,67	6,76	0,0093*
Como cuidar dos dentes	29	6,92	41	10,85	3,82	0,0505
Alunos da faculdade	28	6,68	45	11,90	6,51	0,0107*
Flúor	10	2,39	04	1,06	2,03	0,1540
Doce prejudicial	02	0,48	03	0,79	0,01	0,9080
Tudo	37	8,83	41	10,85	0,91	0,3388
Nada	08	1,91	05	1,32	0,43	0,5139
Não lembro	02	0,48	06	1,59	1,47	0,2247
Não sei	09	2,15	05	1,32	0,78	0,3758
Outros	10	2,39	14	3,70	1,18	0,2772

Não responderam	76	18,14	86	22,75	2,61	0,1061
-----------------	----	-------	----	-------	------	--------

Teste de Proporção

* significativo ao nível de 5%

Por volta de 18% dos escolares das duas séries, quando questionados sobre o que mais chamou a atenção citaram as palavras “*cárie, placa bacteriana, bactérias, doenças*”, o que pode ser observado em algumas respostas:

“o que a cárie pode fazer com os nossos dentes”. (aluno da 5^a.série).

“as doenças que podem ter na boca”. (aluno da 5^a.série).

“que cárie e placa também fazem mal a saúde.”(aluno da 5^a.série).

“foi o que foi falado sobre a placa bacteriana”. (aluno da 8^a.série).

As palavras “*como escovar os dentes/uso do fio dental*” foram mais citadas na 5^a.série do que na 8^a.série e houve diferença estatisticamente significativa. Abaixo algumas manifestações dos escolares:

“foi ensinar a escovar os dentes”. (aluno da 5^a.série).

“foi como é importante usar o fio dental.”(aluno da 5^a.série).

“quando foram ensinar como se escova os dentes e usa fio dental.” (aluno da 8^a.série).

O material didático utilizado pelos acadêmicos nas palestras foi citado através das palavras *“teatros, histórias, filmes”*. Houve diferença estatisticamente significativa entre a porcentagem de citações nas duas séries com 8^a. série apresentando maior número. Abaixo estão algumas respostas:

“o teatro que eles fizeram sobre as conseqüências da cárie.”
(aluno da 5^a.série).

“foi na hora que mostrou o filme dos meninos que não escovam os dentes.” (aluno da 5^a.série).

“quando o lobo pegou os 3 porquinhos que não cuidavam dos dentes.” (aluno da 5^a.série).

“as fotos que eles passavam mostrando pessoas com cáries se você não escovar.” (aluno da 8^a.série).

“...usavam fantoches e assim brincando nós tomamos conhecimento.” (aluno da 8^a.série).

Menos que 11% dos entrevistados citaram *“como cuidar dos dentes”*. Segue algumas manifestações dos entrevistados:

“como se cuida dos dentes.” (aluno da 5^a.série).

“que tem que cuidar dos dentes e não ter preguiça.” (aluno da 5^a.série).

“que devemos cuidar do dentes”. (aluno da 8^a.série).

Os *“alunos da faculdade”* foram citados nas respostas por 6,68% dos escolares da 5^a.série e por 11,90% da 8^a. série e esta diferença foi estatisticamente significativa. Segue algumas expressões usadas para falar dos acadêmicos:

“eles explicavam as coisas muito claramente e então eu pude entendê-los melhor.”(aluno da 5^a.série).

“a forma deles falarem com muito carinho e preocupação com a gente.”(aluno da 5^a.série).

“a força de vontade deles”. (aluno da 5^a.série).

“a atenção de todos os alunos e a forma deles explicarem.”
(aluno da 5^a.série).

“o bom trabalho que os alunos da UNESP fazem para comunidade, continuem assim.”(aluno da 8^a.série).

“foi eles se preocuparem com os dentes da população.”

(aluno da 8ª.série).

“a explicação deles, eles se dedicam bastante para ensinar o melhor para nós.”(aluno da 8ª.série).

“foi o carinho deles.”(aluno da 8ª.série).

A palavra “*flúor*” foi citada por menos que 2,5% dos entrevistados de ambas as séries. Esses dados reforçam os encontrados na questão sobre como prevenir cárie, onde apenas 3,10% dos entrevistados da 5ª. série e por 5,03% da 8ª. série citaram o flúor. Ratificando a necessidade de se enfatizar mais os benefícios do flúor na prevenção da cárie dental.

Menos de 1% dos escolares citaram o “*doce ser prejudicial*”. Esses dados também reafirmam a necessidade de se trabalhar mais a relação açúcar/cárie dentária, observado na questão sobre os meios de prevenção da cárie dentária.

6 CONCLUSÃO

Através da análise dos resultados do presente estudo pode-se concluir que o programa de Educação em Saúde Bucal desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba mostrou-se eficaz, pois tem proporcionado um bom nível de conhecimento sobre saúde bucal aos escolares atendidos pelo Programa.

Houve diferença na quantidade de acertos entre as duas séries, sendo que, a 8ª. série acertou em média mais questões que a 5ª. série mostrando fixação do conhecimento adquirido.

Observou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre a aquisição de orientações do cirurgião-dentista ou dos acadêmicos que faziam parte do Programa, mostrando a relevância do Programa na orientação dos alunos sobre os hábitos de higiene bucal e a responsabilidade do cirurgião-dentista na educação de seu paciente em relação aos cuidados preventivos.

A porcentagem de alunos que recebeu orientações “*de seus professores*” foi muito pequena nas duas séries. Nesse sentido, há necessidade de se trabalhar em integração com pais e professores, pois estes têm um convívio maior com os escolares e podem influir de maneira

significativa no repasse de medidas preventivas que resultem na mudança de comportamento desses indivíduos.

A maioria dos entrevistados das duas séries considera o Programa “*ótimo, muito bom, bom*” e salienta a importância do mesmo na aquisição de hábitos de higiene bucal.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEGG,C. Notas sobre a educação em Saúde Bucal nos consultórios odontológicos, unidades de saúde e nas escolas. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, p.25-8, abr./jun. 1999.
- ALENCAR, C. Educar é humanizar. In: GENTILI,P., ALENCAR, C. *Educar na esperança em tempos de desencanto*. Petrópolis: Editora, 2001. cap. 4, p.97-117.
- ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. *Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n.21, p. 7, nov./dez. 2001.
- BASTOS, J.R. et al. Redução na frequência da ingestão de alimentos ricos em sacarose. *RGO*, v.38, n.6, p.470-7, nov../dez. 1990.
- BELLINI, H.T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *Biblioteca Científica ABOPREV*, n. 3, mai. 1991. 7p.
- BREW, M. ; ABEGG, C. Odontologia na adolescência. *Rev. Bras. Epidemiol.*, supl. esp., 2002. p.101.
- BUISCHI, Y.P., AXELSSON, P. Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente. In: KRIGER, L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 6, p. 113-40.

- CANDEIAS, N.M.R. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.2, p. 209-13, abr. 1997.
- CARLSSON, J., HAMILTON, I. Atividades metabólicas das bactérias orais. In: THYSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Cariologia clínica*. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995. cap. 13, p. 283-4.
- CARMAGNANI, F.G.; QUELUZ, D.P. Hábitos de higiene dentária de escolares para prevenção da cárie. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, v.11, n.1, p.46-50, jan./jun. 1998.
- CASTELLANOS, R.A. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. *Rev. Saúde Pública* v.11, p.248-57, 1977.
- CONTADRIOPOULOS, A.P. et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In:HARTZ, Z.M.A.(org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p.29-47.
- CORONA,S.A.M., DINELLI, W. Educação e motivação em Odontologia: Avaliação da efetividade de um método educativo aplicado em escolares do primeiro grau, da rede particular da cidade de Araraquara. *Rev. Odontol. UNESP*, v.26, n.2, p. 337-52, 1997.
- COSTA, I. C. C., ALBUQUERQUE, A. J. Educação para a saúde. In: *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN, 1997. cap. 17, p. 223-50.

- COSTA, I.C.C, FUSCELLA, M.A.P. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Ação Coletiva*, v.2, n.3, p.45-7, jul./set. 1999.
- COSTA, E.L. *Como motivar adolescentes em saúde bucal: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís – MA*. Natal, 2000. 136p. Dissertação (Mestrado Odontologia Social e Preventiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- COUTO, J.L. et al. Prevenção e motivação na clínica Odontológica. In: LASCALA, N.T. *Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 6, p. 59- 80.
- DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.13, n.1, p.103-7, jan./mar. 1997.
- DINBARRE,D.T., WANBER, D.S. A influência da motivação e supervisão profissional na redução de placa bacteriana em escolares. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v.10, n.3, p.169-73, jul./set. 1996.
- EPI 2000. Centers for disease control and prevention, Atlanta, 2000.
- FIOCRUZ. Educação Popular em Saúde. *Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde*. n.21, p.8-9, nov./dez. 2001.

- FIQUEIREDO, C.T.L.S., TOLEDO, O.A., BEZERRA, A.C.B. Frequência de escovação dentária em escolares. *RG O*, v.40, n.4, p.261-4, jul./ago. 1992.
- FLANDERS, R.A. Effectiveness of dental health educational programs in schools. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.114, p.239-242, Feb.1987.
- FLORES, O. Educação em saúde ou “prática de saúde enquanto prática social”. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, p.19-24, abr./jun. 1999.
- FRAGA, R.C.M.S. et al. Promoção e manutenção de saúde bucal – comparação de comportamento quanto a hábitos de higiene bucal, entre escolares da rede pública, assistidos e não assistidos pelos projetos extra-muros da USC – Bauru. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, abr./jun. 1999.
- GARCIA, P.P.N.S., CORONA, S.A.M., VALSECKI JUNIOR, A. Educação e motivação: impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. *Rev. Odontol. UNESP*, v.27, n.2, p.393-403, 1998.
- GIL, C.R.R. Avaliação em saúde. *Rev. Olho Mágico*, v.5, n.19, jul. 1999. Disponível em: <http://www.ccs.br/olhomagico/N19/especial.htm>. Acesso em mar. 2002.
- GONÇALVES, P.C. et al. Considerações sobre programas de controle de placa. *ROBRAC*, v.7, n.23, p. 36-9, jun. 1998.
- GONÇALVES, R.M.G., SILVA.R.H.H. Experiência de um programa Educativo-Preventivo. *RGO*, v.40, n.2, p.97-100, mar./abr. 1992.

- GREEN,L.W. KREUTER, M.W. Health promotion planning, an educational and environmental approach. 2nd. ed., Mountain View: Mayfield Pub., 1991. 506p.
- HILGERT, E.C., ABEGG,C., PRETTO,S.M. et al. Análise das abordagens de Educação em Saúde em programas de saúde bucal. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, p.10-4, abr../jun. 1999.
- KOCH, G. et al. Higiene Oral e cárie dentária. In: THYSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Cariologia clínica*. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995. cap. 10, p.219-30.
- L'ABBATE,S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.4, p.481-90, out./dez. 1994.
- LEVY, S. et al. Educação em Saúde- histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, 10., 1996, Brasília. **Anais** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educaçaosaude.htm> Acesso em: jul. 2002.
- LINDHE,J. *Tratado de periodontologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1983. 454p.
- LÖE, H. Controle de placa na doença periodontal. *RGO*, v.26, n.1, p.28-31, 1978.

- LOPES, L.F.Z., MORITA, M.C. Higiene bucal: mudanças de conhecimentos e hábitos de uma geração para outra em uma população de baixa renda. *Semina*, v.18, ed.especial, p.25-33, fev. 1997.
- MALTZ, M. Prevenção das doenças cárie e periodontal. In: TOLEDO, O.A. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Panamericana, 1996. cap. 7, p. 135-173.
- MALTZ, M., CARVALHO, J. Tratamento da doença cárie. In: KRIGER, L. (Org.) *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 5, p. 93-112.
- MARCELO, V.C. *Adolescentes e profissionais de saúde: olhares sobre a saúde bucal*. São Paulo, 2001. 186p.Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- MARCONDES, R.S. Educação em saúde na escola. *Rev. Saúde Pública*, n.6, p.89-96, 1972.
- MARTINS, E.M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. *Caderno Odontol.*, v.1, n.2, p.30-40, 1998.
- MASLOW, A.H. *Motivation and personality*. New York: Haper & Row, 1954. apud COUTO, J.L. et al. *Prevenção e motivação na clínica odontológica*. *Prevenção na Clínica Odontológica: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 6, p. 59-80.

- MEDEIROS, U.V. Aspectos gerais no controle da placa bacteriana: controle da placa bacteriana em saúde pública. *Rev. Assoc. Paul. Cir.Dent.*, v.45, n.3, p. 479-83, maio/jun. 1991.
- MILORI,S.A. et al. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. *Rev. odontol. UNESP*, v.23, n.2, p.325-31, 1994.
- MIYAZAKI,A.Y., TAKUSHI, F.J.A., REICHE, M. Avaliação do nível de conhecimento e motivação relativo à saúde bucal em duas escolas de Londrina, Paraná. *Semina*, v.18, ed. especial, p.83-9, fev. 1997.
- MOIMAZ, S.A.S., SALIBA, O. SALIBA GARBIN, C.A. Avaliação da remoção da placa bacteriana pela escovação habitual em crianças. *Rev. ABOPREV*, v.3, n.1, p.11-8, 2000.
- MOIMAZ, S.A.S. et al. Saúde Bucal e a professora de 1º.grau. *RGO*, v.40, n.4, p.295-7, jul./ago. 1992.
- _____. Educação para saúde bucal e prevenção. *RGO*, v.42, n.2, p.71-4, mar./abr. 1994.
- MORAES, N., BIJELA, V.T. Educação odontológica do paciente. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.36, n.3, p.300-7, maio/jun. 1982.
- MOREIRA, S.G., HAHN, M.A. A importância dos hábitos de higiene bucal em programas que visam a promoção de saúde. *RGO*, n. 42, n.3, p.161-3, maio/jun. 1994.
- NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Ed. Santos, 2000. cap. 12, p.341-2.

- NARESSI, W.G.; MOREIRA, E.J.G. Odontologia preventiva: agentes mecânicos de higiene bucal. *RGO*, v.30, n.2, p.154-6, abr./jun. 1982.
- NEWBRUN, E. *Cariologia*. São Paulo: Ed. Santos, 1988. 326p.
- OLIVEIRA, M.A.F. Controle mecânico e químico da placa associada à cárie. In: *Odontologia Preventiva e Social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN, 1997. cap. 12, p.140-53.
- OLIVEIRA, D.R. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologias, práticas*. São Paulo: Atlas, 1997. 294p.
- OLIVEIRA, G.C.R. et al. Higiene bucal orientada: avaliação da influência da escovação, na condição gengival de crianças fissuradas de lábio e/ou palato. *RGO*, v. 40, n.6, p. 388-92, nov./dez. 1992.
- PÁDUA LIMA, A.C. Limpeza seletiva dos dentes. ABOPREV. *Seminário de prevenção da cárie e doenças da gengiva*. Jundiaí, São Paulo, 1982.
- PAES,A.M.C., ROSE,M.C.P. Avaliação dos normalistas da escola normal de Ceilândia em educação em saúde bucal. *Rev. Saúde Distrito Federal*, v.8, n.3, p.32-43, jul./set. 1997.
- PEREIRA, O.L., VERTUAN, V., SAMPAIO, J.E.C. Avaliação de conhecimentos sobre prevenção de doenças periodontais em universitários da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP: técnicas de escovação. *Odontol. Clin.*, v.6, n.2, p.29-34, jul./dez. 1996.

- PETRY,P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 15, p.363-70.
- PINTO, V.G. Programação em saúde bucal. In: _____. *Saúde bucal Coletiva*. 4.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. cap. 4, p. 99-138.
- RAMOS, A.R. et al. Percepção e práticas de saúde bucal de escolares de primeiro grau no município do Rio de Janeiro. *Ação Coletiva*, v.2, n.4, p.37-9, out./dez., 1999.
- ROSEN, G. *Uma história de Saúde Pública* São Paulo: UNESP, 1994. 423p.
- SANTOS, V.A. et al. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. *Rev. Odontopediatr.*, v.1, n.3, p.183-193, jul./set. 1992.
- SAWAZAKI, I., NAKAMA, L. Educação para saúde bucal: trabalho em equipe e aspectos psicossociais. *Semina*, v.18, ed. especial, p.15-24, 1997.
- SERRA,M.C., CURY, J.A. Cinética do flúor na saliva após o uso de dentifrícios e bochecho fluoretados. *Rev. Assoc. Paul. Cir.Dent.*, v.46, n.5, p.875-8, set./out. 1992.
- SOFHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n.21, p. 4-6, nov./dez. 2001.

- TAMIETTI, M.B., CASTILHO, L.S., PAIXÃO, H.H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. *Arq. Odontol.*, v.34, n.1, p.33-45, jan./jun. 1998.
- THYSTRUP, A., FEJERSKOV, O. *Cariologia clínica* 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995. 421p.
- TODESCAN, J.H., TODESCAN, C.G. Cooperação consciente. *Rev. Assoc. Paul. Cirur.Dent.*, v.43, n.3, p. 125-7, maio/jun. 1989.
- TODESCAN, J.H., SIMA, F.T. Campanhas de prevenção e orientação para com a higiene bucal – prevenção: usos e costumes, higiene bucal I. Parte I. *Assoc. Paul. Cirur.Dent.*, v.45, n. 4, p. 537-9, jul./ago. 1991.
- TREVISAN, E.A.S. et al. Estudo clínico do comportamento de técnicas de escovação e uso do fio dental: controle da placa dental em jovens de 9 a 11 anos. *Assoc. Paul. Cirur.Dent.*, v.40, n.3, p. 234-40, maio/jun. 1986.
- UNFER, B. *Representação social do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal de usuários do serviço público municipal de saúde de Santa Maria – RS*. Araçatuba, 1998. 102p. Dissertação(Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia.
- VALA,J. A análise de conteúdo. In: SILVA, A., PINTO, J.M. (Orgs.) *Metodologia das ciências sociais*. Porto Alegre: Afrontamento, 1986. cap. 4, p.101-128

- VASCONCELLOS, I.C., SILVA, A.M.M. Programa de saúde bucal. *Revista Científica*, v.2, p. 63-74, 2000.
- VASCONCELOS, A., VASCONCELOS, G.A.N. Cidadania, exclusão e saúde bucal. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, p.29-32, abr./jun., 1999.
- VASCONCELOS, E.M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 167p.
- _____. Educação popular como instrumento de reorientações das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde Pública* v. 14, supl. 2, p. 39-57, 1998.
- VIEGAS, A.R. Relação entre o número de ingestões de alimentos açucarados e a cárie dental. *Arq. Fac. Hig. Saúde Pública da Univ. São Paulo*, v.20, n.2, p. 155-166, dez., 1996.
- WEYNE,S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 1, p.1-26.

ANEXO 1 – Questionário utilizado para coleta de dados.

UNESP – ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PREVENTIVA E SOCIAL

As informações contidas neste questionário são confidenciais, pedimos aos participantes que não se identifiquem e não é preciso assinar o questionário.

SÉRIE: _____ SEXO: ()FEM ()MASC

Escola onde estudou da 1.ª a 4.ª série: _____

Cidade onde estudou da 1.ª a 4.ª série: _____

Responda as questões abaixo marcando somente uma resposta.

- 1- Por que você acha importante ter dentes bons:
- () para manter a saúde da boca.
 - () por que fica bonito.
 - () para manter a saúde geral.
 - () para mastigar.
 - () não acho importante.

- 2- A melhor forma de manter um sorriso bonito é:
- () ir ao dentista quando o dente doer.
 - () ir ao dentista quando tiver cárie e a gengiva sangrar.
 - () ir ao dentista para examinar os dentes, mesmo sem dor.
 - () cuidar diariamente dos dentes
 - () não sei.

- 3- O principal responsável pela manutenção de sua saúde bucal é:
- () seu dentista.
 - () seus pais.
 - () você.
 - () outro.
 - () não sei.

4- De quem você mais recebeu orientações sobre saúde bucal:

- de seu dentista.
- de seus pais.
- de seus professores.
- dos estudantes de Odontologia que visitaram sua escola.
- através da televisão.
- através de revistas e jornais.
- outros

5- A Cárie dentária:

- não é doença.
- é uma doença, mas não é transmitida de uma pessoa para outra.
- é uma doença e pode ser transmitida de uma pessoa para outra.
- não sei.

6- O que é preciso fazer para evitar cárie?

7- Você acha possível ter dentes sem cáries a vida toda?

- Sim
- Não
- não sei

8- Você costuma comer doces, balas, chocolates, chicletes entre as refeições:

- Sim
- Não

9- Para você:

- o açúcar não provoca cárie.
- o açúcar provoca cárie e não deve ser consumido.
- o açúcar provoca cárie, mas se escovar os dentes logo depois da ingestão, diminui o aparecimento de cárie.

10- Quando chega o momento de escovar seus dentes você:

- fica com preguiça e não escova.
- fica com preguiça, mas escova.
- sente necessidade de escovar e escova.
- só escova quando seus pais mandam.
- não escova.

11- Você tem escova de dente?

- Sim
- Não

12- Você usa a mesma escova de dente que outras pessoas de sua casa usam?

- Sim Não

13- Você escova seus dentes todos os dias?

- Sim Não

14- Quantas vezes por dia você escova seus dentes?

- 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes mais de 4 vezes

15- Qual o momento mais adequado para escovar os dentes?

- antes de dormir.
 depois de ingerir qualquer alimento.
 pela manhã ao se levantar.
 pela manhã e de noite.
 ao se levantar, antes de dormir e após as refeições.
 não sei.

16- Para que você escova os dentes?

- para remover restos de alimentos dos dentes.
 para ter bom hálito.
 para ter os dentes brancos.
 para remover placa bacteriana.
 não sei.

17- O que você usa para escovar os seus dentes?

- somente a escova de alguém da família.
 a escova de alguém da família e pasta.
 sua própria escova e pasta.
 sua própria escova sem pasta.
 não escova.

18- Placa bacteriana é:

- uma camada de restos alimentares que se forma no dente.
 apenas uma camada de bactérias que ficam no dente, mas não causam doenças na boca.
 um conjunto de bactérias que causam doenças na boca.
 não sei.

19- A placa bacteriana pode causar:

- inflamação na gengiva.
- cárie e inflamação na gengiva.
- somente cárie.
- somente inflamação na gengiva.
- mau cheiro na boca.
- não prejudica em nada.

20- A placa bacteriana:

- pode ser removida utilizando flúor.
- pode ser removida somente pelo dentista.
- pode ser removida utilizando escova e fio dental.
- não pode ser removida.
- não sei.

21- Você sabe usar fio dental?

- Sim
- Não

22- Você usa fio dental:

- 1 vez ao dia.
- 2 vezes ao dia.
- algumas vezes por semana.
- raramente usa.
- não usa.
- nunca usou

23- Para que você usa fio dental?

- somente para limpar os dentes do fundo.
- somente para limpar os dentes da frente.
- somente para remover restos de alimentos entre os dentes.
- para remover restos de alimentos e placa bacteriana entre os dentes.
- não uso fio dental.

24- O flúor serve para:

- deixar o dente mais branco.
- impedir o sangramento da gengiva.
- evitar que o dente tenha cárie.
- não é importante para os dentes.

25- O flúor pode ser encontrado somente:

- () na água que bebemos.
- () nas pastas de dente.
- () em aplicações feitas pelo dentista.
- () nas 3 opções anteriores.
- () não sei.

Durante os anos anteriores sua escola recebeu a visita dos estudantes de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

26- O que você achou dessas visitas?

27- Para que serviram essas visitas?

28- Você entendeu o que eles falavam?

- () eu entendi, mas logo esqueci.
- () eu entendi, mas não coloquei em prática o que eles ensinavam.
- () eu entendi e passei a cuidar melhor dos dentes.
- () eu não entendia nada.

29 – De tudo o que foi visto, o que mais te chamou atenção ?

ANEXO 2 – Correção do questionário.

1- Por que você acha importante ter dentes bons:

para manter a saúde da boca.

por que fica bonito.

para manter a saúde geral.

para mastigar.

não acho importante.

2- A melhor forma de manter um sorriso bonito é:

ir ao dentista quando o dente doer.

ir ao dentista quando tiver cárie e a gengiva sangrar.

ir ao dentista para examinar os dentes, mesmo sem dor.

cuidar diariamente dos dentes

não sei.

3- O principal responsável pela manutenção de sua saúde bucal é:

seu dentista.

seus pais.

você.

outro.

não sei.

5- A Cárie dentária:

não é doença.

é uma doença, mas não é transmitida de uma pessoa para outra.

é uma doença e pode ser transmitida de uma pessoa para outra.

não sei.

7- Você acha possível ter dentes sem cáries a vida toda?

Sim

Não

não sei

8- Você costuma comer doces, balas, chocolates, chicletes entre as refeições:

Sim

Não

9- Para você:

o açúcar não provoca cárie.

o açúcar provoca cárie e não deve ser consumido.

o açúcar provoca cárie, mas se escovar os dentes logo depois da ingestão, diminui o aparecimento de cárie.

- 10- Quando chega o momento de escovar seus dentes você:
 fica com preguiça e não escova.
 fica com preguiça, mas escova.
 sente necessidade de escovar e escova.
 só escova quando seus pais mandam.
 não escova.
- 11- Você tem escova de dente?
 Sim Não
- 12- Você usa a mesma escova de dente que outras pessoas de sua casa usam?
 Sim **Não**
- 13- Você escova seus dentes todos os dias?
 Sim Não
- 14- Quantas vezes por dia você escova seus dentes?
 1vez 2 vezes **3 vezes** **4 vezes** **mais de 4 vezes**
- 15- Qual o momento mais adequado para escovar os dentes?
 antes de dormir.
 depois de ingerir qualquer alimento.
 pela manhã ao se levantar.
 pela manhã e de noite.
 ao se levantar, antes de dormir e após as refeições.
 não sei.
- 16- Para que você escova os dentes?
 para remover restos de alimentos dos dentes.
 para ter bom hálito.
 para ter os dentes brancos.
 para remover placa bacteriana.
 não sei.
- 17- O que você usa para escovar os seus dentes?
 somente a escova de alguém da família.
 a escova de alguém da família e pasta.
 sua própria escova e pasta.
 sua própria escova sem pasta.
 não escova.

- 18- Placa bacteriana é:
 uma camada de restos alimentares que se forma no dente.
 apenas uma camada de bactérias que ficam no dente, mas não causam doenças na boca.
 um conjunto de bactérias que causam doenças na boca.
 não sei.
- 19- A placa bacteriana pode causar:
 inflamação na gengiva.
 cárie e inflamação na gengiva.
 somente cárie.
 somente inflamação na gengiva.
 mau cheiro na boca.
 não prejudica em nada.
- 20- A placa bacteriana:
 pode ser removida utilizando flúor.
 pode ser removida somente pelo dentista.
 pode ser removida utilizando escova e fio dental.
 não pode ser removida.
 não sei.
- 21- Você sabe usar fio dental?
 Sim Não
- 22- Você usa fio dental:
 1 vez ao dia.
 2 vezes ao dia.
 algumas vezes por semana.
 raramente usa.
 não usa.
 nunca usou
- 23- Para que você usa fio dental?
 somente para limpar os dentes do fundo.
 somente para limpar os dentes da frente.
 somente para remover restos de alimentos entre os dentes.
 para remover restos de alimentos e placa bacteriana entre os dentes.
 não uso fio dental.
- 24- O flúor serve para:
 deixar o dente mais branco.
 impedir o sangramento da gengiva.
 evitar que o dente tenha cárie.
 não é importante para os dentes.

25- O flúor pode ser encontrado somente:

- na água que bebemos.
- nas pastas de dente.
- em aplicações feitas pelo dentista.
- nas 3 opções anteriores.**
- não sei.

ANEXO 3 – Ofício encaminhado à Delegacia Regional de Ensino de
Araçatuba pedindo autorização para realização do estudo.

UNESP  **Universidade Estadual Paulista**
“Júlio de Mesquita Filho”

*CAMPUS DE ARAÇATUBA-FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL*

Araçatuba, 04 de abril de 2002

Prezada Senhora,

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde de nossa comunidade, **peço a permissão para que o meu orientado tenha contato com as Escolas da Rede Estadual de Ensino de Araçatuba**, aplicando questionário aos alunos de 5^{as}. e 8^{as}. séries para avaliar o conhecimento sobre saúde bucal. Esta pesquisa poderá fornecer parâmetros para a continuidade, com maior sucesso, dos programas de Saúde Bucal que vem sendo desenvolvidos a vários anos pela FOA. A referida pesquisa é sobre “Avaliação de Programas de Educação e Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba”, a ser desenvolvida pelo aluno Alessandro Aparecido Pereira, nível de mestrado no Curso de Pós-graduação de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba .

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Profª. Dra. Maria Lucia Marçal Mazza Sundefeld

Orientadora do Projeto

A Sua Senhoria, a Senhora
Prof. Maria Inês Sundfeld Ribeiro
MD. Dirigente de Ensino da Diretoria de Ensino da Região de Araçatuba
Nesta

ANEXO 4 – Ofício da Delegada Regional de Ensino Autorizando a realização do estudo nas escolas públicas de Araçatuba.

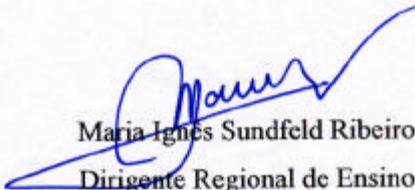


SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE ARAÇATUBA
RUA ANTÔNIO JOÃO, 130 – ARAÇATUBA – SP
FONE 622 2200

AUTORIZAÇÃO

Após esclarecimento prévio sobre os objetivos do trabalho "Avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba", desenvolvido pelo Cirurgião-Dentista Alessandro Aparecido Pereira, aluno regularmente matriculado no programa de pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível mestrado, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Lucia Marçal Mazza Sundfeld, autorizo livremente o referido aluno a desenvolver a pesquisa nas escolas públicas da cidade de Araçatuba que oferecem 5^{as.} e/ou 8^{as.} séries do ensino fundamental (lista em anexo).

A avaliação será feita através de aplicação de questionário, nenhum desconforto ou risco é esperado neste tipo de pesquisa, além do que, os alunos não se identificarão no referido questionário.



Maria Inês Sundfeld Ribeiro
Dirigente Regional de Ensino



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE ARAÇATUBA
RUA ANTÔNIO JOÃO, 130 – ARAÇATUBA – SP
FONE 622 2200

Lista das Escolas Públicas do Município de Araçatuba que o aluno está autorizado a realizar sua pesquisa.

1. E.E. Prof. Abranche José
2. E.E. Altina Moraes Sampaio
3. E.E. Prof. Arthur Leite Carrijo
4. E.E. Prof. Ary Bocuy
5. E.E. Dr. Clóvis de Arrúda Campos
6. E.E. C.H. Ezequiel Barbosa
7. E.E. Prof. Genésio de Assis
8. E.E. Prof. Jorge Corrêa
9. E.E. Prof. José Arantes Terra
10. E.E. Prof. José Augusto Lopes Borges
11. E.E. José Cândido
12. E.E. Dr. Joubert de Carvalho
13. E.E. Prof.^a Licolina V. R. Alves
14. E.E. Luiz Gama
15. E.E. Manoel Bento da Cruz
16. E.E. Prof.^a Maria A. Balthazar Poço
17. E.E. Prof.^a Maria do Carmo Lélis
18. E.E. Prof.^a Nilce Maia Souto Melo
19. E.E. Prof.^a Purcina Elisa de Almeida
20. E.E. Prof.^a Vaniolê Dionysio M. Pavan
21. E.E. Prof. Vítor Antônio Trindade

ANEXO 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



OF. 74/02
CEP
ACBD/tms.

Araçatuba, 29 de maio de 2002.

Referência Processo FOA 2002/00808

O Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade analisou o projeto "Avaliação do programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba" e expediu o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado Relatório até o dia 29.05.2003.



Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilustríssima Senhora
Maria Lucia Marçal Mazza Sundefeld
Câmpus de Araçatuba
UNESP

RESUMO

PEREIRA, A. P. Avaliação do programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Araçatuba, 2002. 141p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

Um programa de Educação em Saúde para ser considerado eficiente precisa ser avaliado de maneira objetiva. O objetivo deste estudo foi avaliar o Programa de Educação em Saúde Bucal desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa por amostragem em alunos de 5^{as}.e 8^{as}. séries da rede pública de Araçatuba/SP, onde o tamanho mínimo da amostra foi de 384 escolares para cada série. Para participar da pesquisa as crianças e adolescentes deveriam ter estudado em Araçatuba/SP da 1^a. a 4^a. série do ensino fundamental em escola da rede pública estadual ou municipal. Os dados foram coletados através de um questionário com questões sobre o conhecimento em saúde bucal e analisados utilizando o software EPI 2000. Nas 23 questões de múltipla escolha obteve-se o número médio de acertos de 14, na 5^a. série e 15, na 8^a. série, correspondendo a mais de 50,0% de acertos em ambas as séries. As perguntas abertas foram analisadas pelo método de análise de conteúdo, quando o que mais se destacou foi a importância de escovar os dentes para evitar a cárie, 79,2% dos escolares da 5^a. série e 77,2% da 8^a.série demonstraram a influência positiva do Programa no cuidado dos dentes. Após a análise dos resultados pode-se concluir que o Programa de Educação em Saúde Bucal avaliado, mostrou-se eficaz e tem proporcionado um bom nível de conhecimento sobre saúde bucal nos escolares atendidos pelo Programa.

Palavras-chave: Educação em Saúde, saúde bucal, avaliação em saúde em saúde bucal, programa educativo

ABSTRACT

PEREIRA, A.P. Evaluation of the education program in oral health from the School of Dentistry at Araçatuba. Araçatuba, 2002. 141 p. Thesis (Master degree in Public and Preventive Dentistry) School of Dentistry at Araçatuba, São Paulo State University “Julio de Mesquita Filho”.

A health education program, to be considered effective, should be evaluated objectively. The aim of this study was to evaluate the education program in oral health developed by the School of Dentistry at Araçatuba – UNESP. For this, a qualitative investigation was performed among public school students from fifth and eighth grade of Araçatuba County. As criteria of sampling, all students should have studied at Araçatuba Public schools from first to fourth grade. The data were collected by means of a questionnaire, designed with questions about the oral health, and analyzed by the software EPI 2000. Among 23 multiple-choices questions, the mean number of correct answers was 14 for fifth grade students and 15 for eighth grade students, which correspond to more than 50% of the questionnaire for both sample groups. Opened questions were analyzed by the content analysis method, and the answer such as “brushing teeth is important to avoid cavity” was noticeable, 79,2% of scholars from fifth grade and 77,2% from eighth grade demonstrated the positive influence of the program. Based on the results, it was possible to conclude that education program in oral health was effective and provided a reasonable level of knowledge with regard to oral health among the scholars attended by the program.

Keys words: Health education, oral health, oral health evaluation, educative program