

KARINA TONINI DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESCOLA: UMA ANÁLISE
DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO**

Araçatuba

2009

KARINA TONINI DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESCOLA: UMA ANÁLISE
DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO**

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual de Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção de título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Professora Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba

2009

Catálogo-na-Publicação

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

S237e

Santos, Karina Tonini dos

Educação em saúde bucal na escola : uma análise dos sujeitos envolvidos no processo / Karina Tonini dos Santos. – Araçatuba : [s.n.], 2009

140 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2009

Orientador: Profa. Cléa Adas Saliba Garbin

1. Saúde bucal 2. Educação em saúde 3. Odontologia preventiva
4. Odontologia

Black D5
CDD 617.601

*D*edicatória

DEDICATÓRIA

À minha família

Meus pais, **Ronaldo e Jurema** e irmãs, **Karin e Kamilla**, maiores incentivadores dos meus projetos de vida, em especial minha **mãe**, que me ensina, todos os dias, a verdadeira arte de educar. Eu não conseguiria sem o amor e apoio integral de
você

Aos meus sobrinhos

Armando e Henrique, pela imensa alegria que trouxeram à nossa casa!

Ao meu noivo

Antonio Carlos, pelo seu amor incondicional, o qual me proporciona forças para seguir firme com meus propósitos. Você é essencial em minha vida!

Essa vitória é NOSSA!

Agradecimentos Especiais

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS I

Desta vez resolvi propor um desafio: externar meus agradecimentos à pessoas especiais em poucas palavras. Já adianto, não foi tarefa fácil! Cada um de vocês representa muito mais que simples palavras, vocês estão guardados em um lugar bastante especial: meu coração.

"Palavras, apenas, palavras pequenas..."

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus avós, **Orlindo, Orlandina, Rodes e Almir**, pelos exemplos de vida.

Aos meus sogros, **Seu Pacheco e D. Cida**, pela proteção e generosidade.

Aos meus cunhados, **Armando e Nelson**, pela bondade.

Aos meus queridos **tios e primos**, pelo incentivo constante.

Aos meus cunhados, **Corina e Alexandre**, pela amizade.

Aos meus sobrinhos, **Armando, Henrique, Gabriel** e afilhados, **Lara, Rodrigo e Gabriel** por tornarem minha vida mais colorida.

Às amigas, **Paula, Fê, Aline (prima), Paola, Fernandinha, Jú e Aline**, pela cumplicidade de sempre.

Às amigas de Araçatuba, **Ana Paula, Ana Valéria, Cristina, Daniela**, pelas incansáveis trocas de experiências.

À **D. Lourdes, Sônia, D. Ana** e as minhas amigas do pensionato, **Karenine, Geisa, Bruna, Cristiane, Elaine, Natália, Fernanda, Ana Carolina, Thaís e Aline**, pelo carinho a mim dedicado.

Às minhas colegas do Ifes, **Sara, Hélia e Giovana**, e aos meus queridos **alunos**, pelo apoio no decorrer deste ano.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS II

À minha orientadora e amiga, **Cléa**, pela ternura com que compartilha seus conhecimentos.

À professora e amiga **Raquel**, por ser minha referência constante na área acadêmica.

À Dra. **Nemre**, pela calorosa acolhida.

À professora **Suzely**, pelos sábios ensinamentos.

Ao meu orientador do mestrado **Renato Sundfeld**, pela imensa contribuição na minha formação.

À vocês, minha eterna gratidão!

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas do Diretor **Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé** e Vice-Diretora **Prof^a Dr^a Ana Maria Pires Soubhia**, ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, **Prof. Dr. Artênio José Iper Garbin** e à vice-coordenadora, **Prof^a Dr^a Suzely Adas Saliba Moimaz**.

Ao **Dr. Orlando Saliba**, pelo prazer concedido de nos ensinar a Estatística, e muito mais que isso, ensinar para vida.

Ao professor **Renato Arcieri**, pelas nossas conversas constantes em sua sala, que muito contribuíram para minha formação.

À professora **Dóris**, pelos preciosos ensinamentos no laboratório.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social **Prof^a Titular Nemre Adas Saliba**, **Prof. Titular Orlando Saliba**, **Prof^a Adjunto Suzely Adas Saliba Moimaz**, **Prof^a Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin**, **Prof. Adjunto Artênio José Iper Garbin**, **Prof. Assistente Dr. Renato Moreira Arcieri**, **Prof^a Adjunto Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld**.

À **Daniela Pereira** e **Lídia Hidalgo** pela contribuição essencial nesta pesquisa.

À turminha do laboratório, **Tatiana**, **D. Neusa**, **Tamires**, **Guilherme**, **Larissa** e **Samuel** pelo agradável convívio.

Aos meus colegas de turma, **Ana Paula, Daniela, Sérgio, Adriana e Marcos** pelo companheirismo e aprendizados.

Aos colegas do Programa de **Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social** que juntos caminhamos: **Cris, Nelly, Paty, Livia Zina, Dani Pereira, Márcio, Kléryson, Najara, Fernando, Tati, Thais e Luiz Fernando.**

Aos queridos funcionários da Odontologia Preventiva e Social, **Neusa, Valderez, Niltinho,** pelo carinho e atenção dedicada.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Ana Claudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Cláudio Maciel Júnior, Fernando Fukunishi, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez,** em especial à Ana, pela correção normativa deste trabalho.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, **Valéria, Marina e Diogo** pela atenção sempre dispensada.

À **Creche Santa Clara de Assis,** especialmente às crianças, pela contribuição na minha carreira profissional.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),** do Ministério da Educação e Cultura, pela concessão de Bolsa de Estudo.

Enfim, a todos que de algum modo contribuíram para a concretização desse trabalho. Muito obrigada!

*P*refácio

Karina Tonini dos Santos – Doutorado – UNESP - 2009

PREFÁCIO

"AMAR, VERBO INTRANSITIVO"

Empresto de Mario de Andrade esse título. Amar, verbo intransitivo. Justamente para elencar algumas situações vitais para o entendimento do que seja o ato de se complementar. O amor quando pleno basta a si próprio? A saúde quando plena basta a si própria?

Vivemos sempre acariciando a palavra liberdade. Muito difícil nos libertarmos, nos definirmos enquanto pessoa e louvar, enaltecer a autonomia. O complemento, às vezes, vem como uma ajuda. No entanto, vem também como um texto mal interpretado, sem as sábias palavras do conhecimento. Sabedoria nos dá a força para a batalha. Perde-se uma luta, mas a batalha nunca!

Quando sentimos o vento da autonomia, nos fortalecemos, parecemos rochas cambrianas, em que no máximo uma escultura da própria vida poderá ser tatuada. E assim, depois de encontrada a autonomia, nos deparamos com as obras divinas, literárias, poéticas, universais, prontos, obviamente, para discuti-las, encará-las, abordá-las, fitá-las, ameaçá-las.

Esse é o ideário que vislumbramos quando lúcidos, quando tocados por sonatas iluministas. E é essa luminosidade que fará muitos problemas serem pensados, ou repensados. A educação, mola mestra do desenvolvimento, é fator primordial na cura de várias moléstias genuinamente brasileiras.

Essa obra ventila o ofício do pesquisador. Não o mero pesquisador. Mas o que encontrou a liberdade de se viver a saúde sem amarras políticas. Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Lindo! Esplêndido. O grande percalço é que a saúde precisa de políticas públicas para ser efetivada. Com isso, perde-se a autonomia. O que fez, então, a autora desse nobre trabalho?

Encontrou uma saída sensacional. Trabalhar a educação. Das mentes pueris a mentes universitárias, esculpiu a palavra educação no universo palatável dessas pessoas. Genial! A autora entendeu o sentido e alcance da palavra educar, deparou-se com a expressão liberta da educação, confrontou-a e, lindamente, espraiou para outras áreas que necessitam de complementação. Segura de sua obra, livre de amarras, proclama ao mundo suas potentes palavras. Que se cuide a saúde! Que se cuidem os monstros que assombam o Brasil.

A obra amada e intransitiva fincou sua magnitude no terreno das ciências. As palavras soam como verdades intransponíveis, irrefreáveis. Muitas dessas crianças sairão como muros sólidos, cujo objetivo é proteger. Num mundo em constante batalha, onde há o predomínio do "mais forte", que me perdoe Darwin, muralhas são bem vindas para estruturarem questões controvertidas como a saúde.

Assim como no amor, assim como no afeto e cativo relacionamento com seus familiares e amigos, a autora soube amar o seu trabalho, soube transparecer inteligência, dedicação e sobriedade. Ficaré, esta obra, imaculada em nossas gerações. Educar para amar. Educar para a vida. Educar para ser ter a nobreza da liberdade. Amar, sempre, e sempre como amor autônomo, profícuo e sem complementos. Simplesmente amar o trabalho como a autora amou.

Do seu noivo,
Antonio Carlos Pacheco Filho

*E*pígrafe

EPÍGRAFE

"Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer".

Albert Einstein a estudantes de Princeton, EUA

Resumo

Santos KT. Educação em saúde bucal na escola: uma análise dos sujeitos envolvidos no processo [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2009.

RESUMO

A Educação em Saúde Bucal no âmbito escolar constitui um instrumento essencial para o desenvolvimento integral da criança. O objetivo da pesquisa foi: verificar a influência de pré-escolares participantes de um Programa de Educação em Saúde Bucal (ESB) nas práticas de saúde bucal de sua família; investigar a percepção de acadêmicos de Odontologia sobre ESB; analisar a visão de escolares frente ao tema "como cuidar do dentes"; investigar as opiniões e conhecimento de concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal. A amostra foi composta por 119 pais de pré-escolares, 78 acadêmicos de Odontologia, 60 crianças e 120 concluintes de Pedagogia. A pesquisa foi caracterizada como um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Para a coleta de dados com pais e acadêmicos de ambos os cursos, foram utilizados questionários semi-estruturados, auto-aplicados, com perguntas abertas e fechadas. As percepções das crianças foram coletadas por meio de redações e de desenhos. Participaram do estudo 63 (52,9%) pais, 54 (69,2%) acadêmicos de Odontologia, 43 (71,6%) crianças e 92 (76,6%) concluintes de Pedagogia. Noventa por cento dos pais relataram ter aprendido algo referente à saúde bucal com seus filhos; desses, 47,4% citaram a escovação como fator de maior aprendizado. Oitenta e sete por cento relataram a existência de mudanças nos hábitos de saúde bucal de sua família. Quanto aos acadêmicos de Odontologia, todos reconheceram a importância dos Programas de ESB na escola, 74% acreditaram em sua eficácia e 98% acharam importante a sua participação no Programa. A percepção dos mesmos sobre ESB foi reducionista e centrada na doença. Quanto às crianças, todas mencionaram a escova e pasta dental como item de

higienização bucal. Setenta e quatro por cento mencionaram o doce como um aspecto negativo à saúde bucal. Quanto aos concluintes de Pedagogia, 86,8% acharam que o professor deve atuar como educador em saúde bucal e 34,8% responderam corretamente sobre o conceito de cárie dentária. Em relação ao momento ideal da primeira visita ao cirurgião-dentista, 39,1% responderam certo. Conclui-se que: os pré-escolares são capazes de disseminar o conhecimento adquirido na escola para sua família; os acadêmicos de Odontologia percebem a importância da ESB nas escolas, embora tenham uma visão reducionista; as crianças apresentam uma percepção satisfatória sobre como cuidar dos dentes; os concluintes de Pedagogia possuem opiniões positivas em relação à ESB e o seu conhecimento sobre a temática abordada é insuficiente.

Palavras - chave: Educação em saúde. Saúde bucal. Odontologia.

*A*bstract

Santos KT. Oral health education on the school: an analysis of subjects involved in the process [thesis]. Araçatuba: São Paulo State University; 2009.

ABSTRACT

The oral health education on the scholar environment consists in an essential instrument for the child integral development. The aim of this research was: to verify the influence of preschoolers participating in an Oral Health Education (OHE) Program on the oral health practices of their family; to investigate the perception of dental students about OHE; to analyze children' perspective about the topic "how to take care of teeth"; to investigate the opinion and knowledge of Pedagogy senior students about oral health. The sample consisted of 119 preschoolers' parents, 78 dental students, 60 children and 120 Pedagogy senior students. The research was characterized as a descriptive exploratory study, with a quanti-qualitative approach. Semi-structured self applicable questionnaires with open-closed questions were used for the data collection with parents and academic students of both graduation courses (Dentistry and Pedagogy). The children' perception was collected through essays and drawings. Sixty-three (52.9%) parents, 54 (69.2%) dental students, 43 (71.6%) children and 92 (76.6%) Pedagogy senior students took part in the study. Ninety percent of parents reported they learned something related to oral health with their children; among them, 47.4% cited toothbrushing as the factor of major learning. Eighty-seven percent described that the oral health habits of their family have changed. All dental students recognized the importance of OHE Programs on the school, 74% believed in the Programs' efficacy and 98% considered the importance of their participation on the Program. The dental students' perception about OHE was reductionist and centered on the disease. Among the children, all of them mentioned the toothbrush and dental floss as an

item of oral hygiene. Seventy-four percent reported candies as a negative aspect of oral health. In relation to the Pedagogy senior students, 86.8% considered that the professor has to act as an educator on oral health and 34.8% answered correctly about the concept of dental caries. About the ideal moment of first visit to the dentist, 39.1% got a right answer. It can be concluded that: preschoolers are able to disseminate to their family the knowledge acquired on school; the dental students recognize the importance of OHE in schools, although they have a reductionist view; children present a satisfactory perception about how to take care of their teeth; Pedagogy senior students have positive opinion related to OHE and their knowledge about the subject is insufficient.

Keywords: Health education. Oral health. Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 3

Figura 1 Desenho realizado por uma criança de sete anos de idade, contendo vários elementos de higienização bucal. 88

Figura 2 Desenho realizado por uma criança de seis anos de idade, representando a higiene corporal associada à higiene bucal e associação de dentes cariados à extração. 89

Capítulo 4

Figura 1 Distribuição de frequência percentual referente à auto-avaliação dos concluintes de Pedagogia sobre seu conhecimento em saúde bucal, Araçatuba - SP, Brasil, 2009. 94

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1	Distribuição de frequência absoluta e percentual das respostas dicotomizadas (sim ou não), referentes às questões sobre o tema, de pais de pré-escolares, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.	39
Tabela 2	Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre a importância das atividades preventivas e educativas em saúde bucal realizadas na escola dos seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.	40
Tabela 3	Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre o aprendizado em saúde bucal com seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.	41
Tabela 4	Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre a mudança de hábitos em saúde bucal no ambiente familiar proporcionada por seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.	42

Capítulo 3

Tabela 1	Distribuição de frequência absoluta e percentual de crianças segundo menção de elementos de higienização bucal e faixa etária, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	76
Tabela 2	Distribuição de frequência absoluta e percentual de crianças segundo menção de elementos de higienização bucal e sexo, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	77
Tabela 3	Categorias referentes ao tema "escovação" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	78
Tabela 4	Categorias referentes ao tema "conseqüências do não cuidado com a boca" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	79
Tabela 5	Categorias referentes ao tema "o porquê cuidar da boca" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	80

Capítulo 4

Tabela 1	Opiniões dos concluintes de Pedagogia sobre Educação em Saúde Bucal, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	95
----------	--	----

Tabela 2	Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre cárie dentária, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	96
Tabela 3	Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre Odontologia Preventiva, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	97
Tabela 4	Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre Odontologia na primeira infância, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.	98

SUMÁRIO

1 Introdução Geral	27
2 Proposição Geral	30
3 Capítulo 1 - Educação em Saúde Bucal nas escolas: promovendo agentes multiplicadores de saúde.	31
3.1 Resumo	32
3.2 Introdução	33
3.3 Metodologia	36
3.4 Resultados	39
3.5 Discussão	43
3.6 Conclusão	46
3.7 Referências	47
4 Capítulo 2 - Percepção de acadêmicos do último ano do curso de Odontologia sobre Educação em Saúde Bucal.	51
4.1 Resumo	52
4.2 Introdução	53
4.3 Metodologia	55
4.4 Resultados e Discussão	57
4.5 Considerações Finais	65
4.6 Referências	66
5 Capítulo 3 - A visão de crianças sobre como cuidar dos dentes: uma abordagem qualitativa.	70
5.1 Resumo	71
5.2 Introdução	72
5.3 Materiais e Métodos	74

5.4 Resultados	76
5.5 Discussão	81
5.6 Referências	85
6 Capítulo 4 - Conhecimento e opiniões de concluintes do curso de Pedagogia sobre Saúde Bucal.	90
6.1 Resumo	91
6.2 Introdução	92
6.3 Métodos	93
6.4 Resultados	94
6.5 Discussão	99
6.6 Conclusão	103
6.7 Referências	104
Anexos	107

1 Introdução Geral

"Educar é semear com sabedoria e colher com paciência"

Augusto Cury

A saúde e a educação caminham juntas, no sentido de que não se pode ser saudável - ressalta-se aqui o conceito ampliado de saúde- sem que haja educação, do mesmo modo, que a ausência de saúde não permite a edificação do conhecimento. Ambas são essenciais e influenciam consideravelmente na qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, a educação e a saúde, como campos de conhecimentos e de práticas, têm sido consideradas a partir de suas especificidades, em que a educação está associada à escola e aos processos de aprendizagem e a saúde é identificada com a assistência médica e processos de adoecimento.

A educação é tida como o pilar principal para promover e preservar a saúde, na medida em que trabalha a construção de novos conhecimentos e práticas, levando em consideração a realidade em que os indivíduos estão inseridos. A prática de saúde como prática educativa então, deixou de ser, ou pelo menos almeja-se que deixasse de ser, um processo de persuasão, como há muito foi compreendida, e dentro de uma metodologia participativa, passou a ser um processo de capacitação dos indivíduos para a transformação da realidade, como já estabelecido por Paulo Freire*:

"A prática educacional não é o único caminho à transformação social necessária à conquista dos direitos humanos, mas, acredito, que sem ela, jamais haverá transformação social. Ela consegue dar as pessoas maior clareza para "lerem o mundo. "

* Freire P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: Ed. Unesp, 2001.

É dentro desse contexto, que se situa o objeto principal do que denomina-se de educação em saúde: a busca pela capacitação e pelo encorajamento do ser humano a assumir responsabilidade sobre a sua própria saúde e a sua participação na vida comunitária de uma maneira construtiva.

A saúde bucal é parte integrante e fundamental da saúde geral, e segundo Paulo Capel Narvai[†] é definida como "um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento".

Portanto, educar nesse âmbito, significa permitir a aquisição desses conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e aptidões pessoais, além de possibilitar a formação de atitudes e a criação de valores que levem o indivíduo e a sua família a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde bucal dos outros.

Esse processo não deve se limitar em transmitir informações, mas estimular a aprendizagem, a valorização de apresentar uma boa saúde, para que no futuro os educandos, enquanto sujeitos da ação, possam ter a competência e, sobretudo, autonomia, para tomar decisões mais saudáveis e serem capazes de influenciar positivamente a comunidade aonde vivem.

Isto só se torna possível por meio da atuação intersetorial, nas escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, com participação ativa por parte das organizações profissionais, comércio, indústrias, mídia, governo e organizações não governamentais.

[†] Narvai, PC. Saúde bucal e incapacidade bucal. *Jornal do site odonto* 2001; anoIII(45). Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br>. Acesso em: 15 ago. 2005.

A escola é considerada um espaço ideal para o desenvolvimento de estratégias que promovam saúde, devido sua abrangência e o fato de serem também responsáveis pela formação de atitudes e valores.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), a promoção de saúde nas escolas parte de uma visão multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Sendo assim, a educação em saúde bucal no âmbito escolar, constitui um instrumento essencial para o desenvolvimento integral da criança.

O desenvolvimento de Programas de Educação em Saúde Bucal e a integração de profissionais da Odontologia com educadores, se faz importante para a promoção de saúde de toda a comunidade escolar.

Desta forma, é essencial investigar percepções, conhecimentos e atitudes de todos os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem em saúde bucal, buscando com isso, o aprimoramento das ações de educação e prevenção e a obtenção de resultados positivos.

2 Proposição

Este trabalho teve como objetivo:

- Verificar a influência de pré-escolares participantes de um programa de educação em saúde bucal nas práticas diárias de saúde bucal de sua família, por meio da percepção de seus pais;
- Investigar a percepção de acadêmicos do curso de Odontologia sobre o tema "Educação em Saúde Bucal";
- Analisar a visão de crianças participantes de um Programa de Educação em Saúde Bucal, frente ao tema "como cuidar do dentes";
- Investigar o conhecimento de concluintes do curso de Pedagogia sobre saúde bucal.

3 Capítulo 1

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS: PROMOVENDO AGENTES MULTIPLICADORES DE SAÚDE

31

3.1 Resumo

Objetivo: Verificar a influência de pré-escolares participantes de um Programa de Educação em Saúde Bucal nas práticas diárias de saúde bucal de sua família, por meio da percepção de seus pais. **Métodos:** A amostra foi composta por 119 pais de pré-escolares com idade entre 5-6 anos. Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, auto - aplicado, com perguntas abertas e fechadas. As questões propostas abordaram conhecimento por parte dos pais sobre as atividades de educação em saúde bucal realizadas na escola, a importância que os mesmos atribuem a essas atividades, aprendizado com os filhos e a existência de mudança de hábitos em casa. **Resultados:** Ao todo participaram do estudo sessenta e três pais (52,9%). Noventa e oito vírgula quatro por cento tinham conhecimento das atividades educativas e preventivas desenvolvidas na escola e todos relataram serem importantes tais atividades, principalmente no que se refere ao aprendizado, motivação e para a saúde das crianças. Noventa vírgula cinco por cento dos pais relataram ter aprendido algo referente à saúde bucal com seus filhos, e desses, a maioria (47,37%) citou a escovação como sendo o fator de maior aprendizado. Além disso, 87,3% dos pais entrevistados relataram a existência de mudanças nos hábitos de saúde bucal de sua família. **Conclusão:** Os pré-escolares foram capazes de disseminar o conhecimento adquirido na escola para seus familiares, inclusive mudando a rotina de saúde bucal da sua família.

Palavras-chave: educação em saúde bucal; promoção de saúde, pré-escolares.

3.2 Introdução*

Ações educativas e preventivas consistem em um excelente meio de proteção a doenças bucais. Entretanto ainda há um limitado conhecimento por parte de algumas populações no que se refere à prevenção dessas doenças, principalmente as de baixo nível socioeconômico (1, 2).

A situação epidemiológica brasileira ainda é grave, devido às condições sociais e econômicas da população, à falta de recursos em saúde no setor público e à falta de informação sobre cuidados básicos de saúde (3). A prevalência da cárie na infância é um problema de saúde pública, pois foi constatado que 26,85% das crianças de 18 a 36 meses e 59,37% das crianças de cinco anos são portadoras da doença cárie (4).

A cárie dentária na dentição decídua pode refletir não somente na saúde bucal das crianças, através de uma maior probabilidade em desenvolver cáries subseqüentes na dentição permanente, mas também na saúde como um todo (5). Crianças com cárie podem apresentar um crescimento mais lento quando comparado ao das livres de cárie, sendo que algumas, inclusive, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer (6).

Deste modo, percebe-se a importância de ações educativas e preventivas para esse grupo desde cedo, com a finalidade de promover a aquisição de hábitos saudáveis e diminuir os índices de cárie e doenças periodontais, reduzindo com isso o risco de adquirir essa doença no futuro.

Para promover saúde bucal, a educação constitui um dos pontos fundamentais, especialmente porque visa à busca pela capacitação e pelo encorajamento do ser humano a assumir responsabilidades sobre a sua própria saúde e sua participação na vida comunitária. Educar nesse âmbito é estimular o desenvolvimento de habilidades, a formação de atitudes e a criação de valores

* Normalização segundo o periódico International Journal of Dental Hygiene (Anexo B). Artigo publicado (Anexo C).

que levem o indivíduo a agir no seu dia-a-dia em benefício da própria saúde bucal e da saúde bucal dos outros.

A educação em saúde bucal para crianças é considerada prioritária devido ao alto risco à carie dentária nessa idade (4), bem como a suas constantes mudanças no ambiente bucal, a facilidade de mudar hábitos errôneos e maior facilidade de aprendizagem.

O setor educacional, dada sua abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades das crianças para tomada de decisões favoráveis à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida (7).

Levando em consideração que mais de 1 bilhão de crianças no mundo inteiro frequenta as escolas, as mesmas são locais propícios para serem realizados programas educativos, já que são as responsáveis pela formação de atitudes e valores que levam a práticas saudáveis, além de reunirem crianças em diversas faixas etárias adequadas à adoção de medidas educativas e preventivas (8, 9).

A importância dos Programas de Educação em Saúde Bucal nas escolas é relatada por alguns autores, principalmente no que se refere ao aprendizado e comportamento positivo das crianças (10, 11). Muitas pesquisas enfocam os Programas de Educação em Saúde Bucal, evidenciando a relação entre a condição de saúde bucal e o conhecimento e atitudes em saúde bucal de escolares (12-16).

Contudo, é pouco abordado na literatura o fato de que a criança tem condições de aplicar em seu cotidiano a experiência vivenciada na escola e poder agir como agente multiplicador de saúde dentro do ambiente familiar (17).

Para uma criança ser capaz de influenciar seus pais e familiares e o programa alcançar seus objetivos, alguns pontos quanto ao processo de ensino-aprendizagem devem ser observados. A ação educativa parte da necessidade da

criança, da consideração de algumas peculiaridades culturais, de diferenças sociais e dos desejos distintos.

O objetivo desse estudo foi verificar a influência de pré-escolares participantes das atividades educativas e preventivas contempladas em um Programa de Educação em Saúde Bucal nas práticas diárias de saúde bucal de sua família, por meio da percepção de seus pais.

3.3 Metodologia

A pesquisa, caracterizada como um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil (processo FOA 2007- 01843).

O universo amostral foi obtido a partir de todas as crianças, com 5-6 anos de idade, que participaram das atividades desenvolvidas por um Programa de Educação em Saúde Bucal, realizado semanalmente, sem interrupção, no ano letivo de 2007.

Para definir a amostra, levou-se em consideração o número de todos os pré-escolares, com idade entre 5-6 anos, participantes de um programa de Educação em Saúde Bucal, totalizando 119 crianças e conseqüentemente, o mesmo número de pais ou responsáveis.

Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, auto-aplicados, com perguntas abertas e fechadas, especialmente elaborado para pesquisa. As questões propostas abordaram conhecimento por parte dos pais sobre as atividades de educação em saúde bucal realizadas na escola, a importância que os mesmos atribuem a essas atividades, aprendizado com os filhos e a existência de mudanças de hábitos em casa. Todos os pais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise quantitativa dos dados foi utilizado o *software* Epi Info versão 3.2 for Windows® (18), por meio da distribuição das frequências e porcentagens. Para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo, por meio da técnica de análise de categorias (19). Esta técnica visa o agrupamento de circunstâncias que dão sentido ao fato, oferecendo liberdade para resgatar o importante na novidade dos temas, mesmo se a frequência é pequena. Ou seja, as

categorias surgiram de acordo com as respostas dadas pelos pais e àquelas que possuíam o mesmo sentido, foram agrupadas na mesma categoria, mesmo que elas fossem ditas de maneira diferente.

Caracterização do Programa de Educação em Saúde Bucal

O referido Programa de Educação em Saúde Bucal para pré-escolares é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP, São Paulo, Brasil. Ele foi criado a partir da necessidade de disseminar os saberes odontológicos para o universo infantil, com a finalidade de promover saúde e melhorar os níveis de saúde bucal, principalmente porque o Brasil não atingiu a meta da Organização Mundial de Saúde em saúde bucal para o ano 2000, nessa faixa etária.

O principal objetivo do Programa é proporcionar aos pré-escolares o desenvolvimento de suas capacidades cognitivas (imitação, imaginação, regras, transformação da realidade, acesso e ampliação de conhecimentos prévios), capacidades afetivas (estabelecimento dos vínculos afetivos, a expressão de sentimentos, relação de confiança, principalmente entre o educando e educador, que envolve colaboração/motivação/valorização) e capacidades psicomotoras (atuação mecânica do educando por meio do treinamento e da execução de atividades - controle da placa bacteriana por meio da escovação).

A primeira etapa das atividades consistiu na capacitação dos sujeitos da ação: os acadêmicos. Foram propostas reuniões de grupos em que, em conjunto com os docentes e pós-graduandos, discutiu-se a forma de abordagem da criança, a linguagem adequada para cada faixa-etária, os instrumentos (canal de comunicação) e os temas que seriam trabalhados. Posteriormente, foram desenvolvidas oficinas em que os acadêmicos construíram os materiais didáticos que foram utilizados.

Os temas mais abordados no processo educativo contemplaram assuntos básicos: importância da saúde bucal, relação saúde bucal e geral, placa bacteriana - o que é, como se forma e conseqüências, como remover, hábitos de higiene - escovação, uso do fio dental, hábitos alimentares - relação dieta/cárie; flúor e hábitos indesejáveis (hábitos de sucção não nutritiva - chupetas e dedo). Conforme as necessidades e realidade das crianças, surgiram outros temas. Não se tratou de um Programa engessado, os acadêmicos possuíam a liberdade de escolher como iriam trabalhar os assuntos com as crianças, sem deixar de abordar o conteúdo básico.

O programa também abarcou ações preventivas, como a evidenciação de placa bacteriana com a finalidade de motivar as crianças e a escovação supervisionada, toda semana.

Didaticamente, explorou-se com muita ênfase as dramatizações, os desenhos e pinturas, a música, o faz-de-conta, os meios audiovisuais, as atividades ludo-pedagógicas. As atividades lúdicas foram muito utilizadas no processo de ensino-aprendizagem, entre elas figuras de encaixe, dominó, quebra-cabeça, jogo da memória, amarelinha etc., todas com motivos odontológicos.

3.4 Resultados

Do total de 119 pais, sessenta e três (52,9%) consentiram participar do estudo. A Tabela 1 relaciona as respostas dicotomizadas (sim ou não) dos sujeitos da pesquisa às perguntas referentes ao tema proposto.

Tabela 1. Distribuição de frequência absoluta e percentual das respostas dicotomizadas (sim ou não), referentes às questões sobre o tema, de pais de pré-escolares, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.

<i>Perguntas</i>	<i>Respostas</i>							
	<i>Sim</i>				<i>Não</i>			
	n	%	Int. Conf.		n	%	Int. Conf.	
1. Você tem conhecimento das atividades educativas e preventivas em Saúde Bucal realizadas na escola do seu filho?	62	98,4	91,5%	100,0%	1	1,6	0,0%	8,5%
2. Em sua opinião, essas atividades são importantes?	63	100	94,3%	100,0%	0	0	-	
3. Você aprendeu algo em relação à saúde bucal com seu filho?	57	90,5	80,4%	96,4%	6	9,5	3,6%	19,6%
4. Você acha que houve alguma mudança nos hábitos de saúde bucal de sua família?	55	87,3	76,5%	94,4%	8	12,7	5,6%	23,5%

Foram categorizadas as respostas afirmativas referentes às perguntas 2, 3 e 4 contidas na Tabela 1. Todos os pais relataram que as atividades educativas e preventivas em saúde bucal realizadas na escola são importantes, e quando

questionados sobre o porquê dessa importância, citaram em maior frequência (n = 28) o aprendizado que os filhos adquirem, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre a importância das atividades preventivas e educativas em saúde bucal realizadas na escola dos seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.

<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Aprendizado - <i>"Porque ensina muitas coisas que a gente não tem tempo de ensinar para eles em casa".</i>	28	44,44
Motivação - <i>"Porque com essas atividades elas querem mais cuidar da higiene bucal".</i>	14	22,22
Saúde Geral - <i>"Porque ensina as crianças como viver e crescer com muita saúde e dignidade. Acho um excelente começo e com certeza ótimos resultados".</i>	10	15,88
Prevenção - <i>"Previne os problemas bucais".</i>	6	9,52
Não respondeu	5	7,94
Total	63	100

Os pais que relataram ter aprendido algo em relação à saúde bucal com seus filhos (n = 57), citaram a escovação como sendo o fator de maior aprendizado (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre o aprendizado em saúde bucal com seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.

<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Escovação - " <i>Tem que escovar os dentes três vezes ao dia</i> ".	27	47,37
Cuidar dos dentes - " <i>Que devemos cuidar dos dentes melhor</i> ".	10	17,54
Uso do fio dental - " <i>A respeito da importância do uso do fio dental</i> ".	4	7,02
Uso do fio dental e escovação - " <i>Que a escovação é importante e usar o fio dental é muito importante para a saúde dos dentes</i> ".	4	7,02
Dieta - " <i>Não comer muito doce</i> ".	1	1,75
Outros - " <i>Fechar a torneira na hora da escovação</i> ".	3	5,27
Não respondeu	8	14,03
Total	57	100

Já aqueles que responderam positivamente quanto à mudança de hábitos na sua família (n = 55), relataram em maior frequência (n = 25) o aumento do interesse em cuidar dos dentes por parte dos filhos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de frequência absoluta e percentual das categorias referentes às respostas positivas dadas pelos pais sobre a mudança de hábitos em saúde bucal no ambiente familiar proporcionada por seus filhos, Araçatuba - SP, Brasil, 2007.

<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Maior cuidado com os dentes - <i>"Ele pede para escovar os dentes, assim todo mundo da casa vai também"</i> .	25	45,45
Melhoria da higiene bucal - <i>"A higiene ficou melhor"</i> .	7	12,73
Mudança de hábitos - <i>"Agora escovamos os dentes nos horários certos e usamos o fio dental"</i> .	12	21,82
Indefinição - <i>"Muitas coisas"</i> .	6	10,90
Não respondeu	5	9,10
Total	55	100

3.5 Discussão

A educação foi relatada na Carta de Ottawa como sendo um dos pontos centrais para a promoção de saúde, pratica direcionada para a melhoria da saúde das populações. Não somente a educação formal, mas toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade (20).

As escolas foram destacadas pela Organização Mundial de Saúde como sendo locais propícios para o desenvolvimento de Programas Educativos em Saúde, pois envolvem toda a sociedade escolar, ou seja, familiares, professores e comunidade (21). Isso ficou evidenciado nesta pesquisa, em que 87,3% dos pais relataram alguma mudança nos hábitos de sua família, evidenciando o envolvimento de toda família no processo educativo.

Um programa educativo escolar deve ter como objetivo a promoção de saúde e levar a mudanças, quando necessárias, de crenças, atitudes e comportamentos em relação à saúde (7). Deve ainda, ser pleno de brincadeiras, levar ao domínio de habilidades, despertar imaginação, estimular a cooperação, compreensão e saber respeitar, explorar e ampliar os inúmeros saberes que toda criança possui, especialmente quando chega à escola (22).

É científica a importância dos Programas de Educação em Saúde nas escolas de educação infantil, tanto na aquisição de novos conhecimentos, como na redução dos índices das doenças bucais (10, 23-25). Nesse estudo pode ser verificada a aquisição de conhecimentos em saúde bucal por parte das crianças, através do que as mesmas foram capazes de transmitir para os seus pais, visto que 90,5% dos mesmos relataram ter aprendido algo referente à saúde bucal com seus filhos.

Menezes (26), analisando a participação da família na promoção da saúde bucal de alunos contemplados por um programa educativo e preventivo realizado

em uma escola pública no Nordeste brasileiro, verificou que 95% dos pais tinham conhecimento dos procedimentos de saúde bucal desenvolvidos nas escolas, embora não determinassem precisamente sua periodicidade e importância. Além disso, todos os familiares entrevistados demonstraram um elevado grau de satisfação e ressaltaram a importância de participar da atenção odontológica aos escolares. Esses resultados corroboram os achados da presente pesquisa, pois 98,4% dos pais tinham conhecimento das atividades desenvolvidas na escola e todos relataram serem importantes tais atividades, principalmente no que se refere ao aprendizado, motivação e para a saúde das crianças.

44

Uma das grandes dificuldades encontradas na realização de Programas Educativos em Saúde Bucal é disposição que os indivíduos têm em adquirir novos hábitos ou modificar seus hábitos em relação aos cuidados com a higiene bucal (27). Entretanto, foi verificado nesse estudo, através da percepção dos pais, que as crianças participantes desse Programa aumentaram o interesse em cuidar dos dentes, influenciando a mudança de hábitos da família. Além disso, acredita-se que as crianças levam para casa o que aprendem na escola, essa percepção ficou clara nas citações dos pais quando indagados sobre o que aprenderam com seus filhos.

Para que os objetivos de um programa educativo escolar sejam alcançados, para que realmente a criança aprenda e seja capaz de influenciar o seu ambiente familiar, o ensino deve ser pautado nas necessidades das crianças e deve ser centrado em uma metodologia participativa, problematizadora e, sobretudo motivadora. A criança deve ser motivada, ou seja, o educador deve despertar o interesse pelo assunto a ser abordado.

Assim, na realização do processo educativo para crianças pré-escolares é essencial que o dentista, no papel de educador, saiba além do conhecimento técnico. Deve atuar como agente de saúde, conhecer sobre ciências sociais e

psicologia, lançar mão das professoras como agentes multiplicadores e fazer amplo o uso de recursos didáticos-pedagógico, principalmente de atividades lúdicas.

Vale ressaltar a importância do envolvimento de estudantes de Odontologia em Programas de Educação em Saúde Bucal, pois esses programas dão a oportunidade aos mesmos de aprendizagem na área de educação em saúde, realização de pesquisas voltadas à saúde da criança e estreitamento de relações entre a Universidade e Comunidade. Essa experiência é extremamente válida, pois fora do ambiente acadêmico tradicional, o aluno tem oportunidade de desenvolver sensibilidade e responsabilidade social, através de uma participação mais ativa junto à comunidade (24).

3.6 Conclusão

Pode-se constatar, por meio da percepção dos pais, que os pré-escolares foram capazes de disseminar o conhecimento adquirido na escola para seus familiares, inclusive mudando a rotina de saúde bucal da sua família. Percebe-se, com isso, a importância da realização de Programas Educativos em Saúde Bucal para crianças que frequentam as escolas, com a finalidade de promover saúde bucal para toda a família.

3.7 Referências*

1. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent* 2002; **12**: 168-176.
2. Anselmo TM, Brunson DK, Martinez ME, Christensen M, O'Connell J. Expanding school-based sealant programs to realize treatment cost savings in Colorado. *J Dent Hyg* 2007; **4**: 88.
3. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Oral health: a critical review about educative programmes for students. *Cienc Saude Coletiva* 2004; **9**: 121-130.
4. Brazil. Ministry of Health. *Oral Health Brazil 2003 Project (SB Brasil 2003)*. Oral Health Conditions of Brazilian Population. Main results. Brasília: Ministry of Health; 2007.
5. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes: a report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. *J Public Health Dent* 1999; **59**: 192-197.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options [Internet]. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2002. 2p. Available from: http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDE_EC.pdf (accessed on 8 April 2008).

* Normalização segundo o periódico International Journal of Dental Hygiene (Anexo B). Artigo publicado (Anexo C).

7. Brazil. Ministry of Health. Health promotion on school context. *Rev Saúde Pública* 2002; **36**: 533-535.
8. Leger LS. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int* 2001; **16**: 197-205.
9. Maes L, Lievens J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Soc Sci Med* 2003; **56**: 517-529.
10. Ohara S, Kawagushi Y, Shinada K, Sasaki Y. Evaluation of school-based dental health activities including fluoride mouth-rinsing in Hiraizumi, Japan. *J Med Dent Sci* 2000; **47**: 133-141.
11. Jenkins SR, Geurink, K V. A rural School-Based Oral Health Program. *J Dent Hyg* 2006; **80**: 26.
12. Buischi Y, Axelsson P, Oliveira L, Mayer M, Gjermo P. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; **22**: 41-46.
13. Kinnby CG, Palm L, Widenheim J. Evaluation of information on dental health care at child health centers. *Acta Odontol Scand* 1991; **49**: 289-299.
14. Peng B, Petersen PE, Fan MW, Tai BJ. Oral health status and oral health behavior of 12-year-old urban schoolchildren in the People's Republic of China. *Community Dent Health* 1997; **14**: 238-244.
15. Petersen PE. Oral health behavior of 6 year-old Danish children. *Acta Odontol Scand* 1992; **50**: 57-64.
16. Van Palenstein Helderma WH, Munck L, Mushendwa S, van't Hof MA, Mrema FG. Effect evaluation of an oral health education programme in primary schools in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; **25**: 296-300.

17. Kwan SL, Petersen EP, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health Promotion. *Bull World Health Organ* 2005; **83**: 677-85.
18. Epi Info 3.2.2 software [computer program]. Atlanta: CDC, 2004.
19. Bardin L. *Content analysis*. Lisboa: Edições 70; 1994.
20. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. *J Health Promot* 1986; **1**:1-4.
21. World Health Organization. Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes. In: *Report of the School Working Group and the WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva: World Health Organization; 1996.
22. Wajshop G. *Playing at preschool*. São Paulo: Cortez; 1995.
23. Goel P, Sehgal M, Mittal R. Evaluating the effectiveness of school-based dental health education program among children of different socioeconomic groups. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005; **23**: 131-133.
24. Locker D, Frosina C, Murray H, Wiebe D, Wiebe P. Identifying children with dental care needs: evaluation of a targeted school-based dental screening program. *J Public Health Dent* 2004; **64**: 63-70.
25. Vanobbergen J, Declerck D, Mwalili S, Martens L. The effectiveness of a 6-year oral health education programme for primary schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; **32**: 173-182.
26. Menezes AF. *Family participation on Oral Health Promotion on students of Raimundo Pimentel Gomes School- CAIC, treated by Family Health Program (PSF) - CAIC, in 2002, Sobral city - Ceará (Brazil)*. Sobral: Vale do Acaraú State University; 2004. 81. Available from:

<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/residencia/Adriana-Ferreira.pdf> (accessed on 8 April 2008).

27. Arcieri RM, Garbin CAS, Santos CA, Takano RY, Gonçalves PE. The influence of the motivation and of the supervised brushing in habits of oral hygiene in Brazilian preschoolers. *Acta Odontol Venez* 2007; **45**:1-12.

Available

from  50

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/cepillado_supervisado_habitos_higiene.asp# (accessed on 8 April 2008).

4 Capítulo 2

PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

51

4.1 Resumo

O presente estudo investigou a percepção dos acadêmicos do último ano do curso de Odontologia sobre Educação em Saúde Bucal. A pesquisa, quanti-qualitativa, abordou aspectos relacionados ao entendimento dos acadêmicos sobre Educação em Saúde Bucal, o valor que atribuem a essa prática no âmbito escolar, bem como a importância da participação em atividades extramurais na formação dos mesmos. Apesar dos acadêmicos reconhecerem a importância dos Programas de Educação em Saúde Bucal no âmbito escolar e também a importância de sua participação nestas atividades extramurais, sua percepção sobre o que é "Educação em Saúde Bucal" foi reducionista e centrada na doença. Sabe-se que tais fatos encontrados são reflexos e conseqüências de todo um contexto estabelecido na formação universitária. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte de todos os formadores desses profissionais, para que possam desenvolver metodologias que privilegiem a Educação em Saúde em suas práticas de ensino.

Palavras-chave: Educação em saúde. Odontologia. Saúde bucal. Acadêmicos.

4.2 Introdução*

Há muito vêm se observando a falência do paradigma curativista na área biomédica, tendência que tem se manifestado em vários aspectos que envolvem a produção do conhecimento, refletindo no processo de formação de profissionais que atuam nesta área. Portanto, tornou-se essencial a mudança de cenários nos quais se realiza o processo ensino-aprendizagem para locais mais representativos da realidade sanitária e social brasileira, integrando serviço e pesquisa, visando uma abordagem problematizadora, o compromisso ético, humanístico e social¹.

Tais considerações vêm ao encontro das diretrizes curriculares propostas para o curso de Odontologia aprovadas pela Resolução CNE/CES 3/2002², que diz que *"o Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade"*.

Diante disso, percebe-se a importância da participação ativa do graduando em Odontologia junto à comunidade que está a sua volta, levando-o a conhecer e intervir de maneira positiva na realidade exterior aos muros da academia, desenvolvendo ações que promovam saúde e qualidade de vida.

Uma das principais ferramentas da Promoção de Saúde é a educação, na medida em que proporciona aos indivíduos o resgate de sua autonomia, a percepção de valores e conhecimentos, o desenvolvimento de uma visão crítica e do empoderamento da população. De acordo com L'Abbate³ todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial para a sua prática o seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, evidenciando a relevância da formação desses profissionais com essa visão.

* Normalização segundo o periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (Anexo D).

O objetivo da pesquisa foi investigar a percepção dos acadêmicos do curso de Odontologia sobre o tema "Educação em Saúde Bucal", bem como o valor e a importância que os mesmos atribuem a essa prática desenvolvida em atividade curricular extramural.

4.3 Metodologia

A pesquisa, caracterizada como um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil (processo FOA 2007- 01843).

O universo amostral foi obtido a partir da totalidade de acadêmicos (n=78) matriculados no último ano do curso integral de Odontologia da FOA- UNESP, no ano letivo de 2009. O grupo de acadêmicos que integra a pesquisa foi organizado com base em dois critérios: estar cursando o último ano de graduação em Odontologia e aceitar participar da pesquisa.

No último ano do curso, a disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária propõe atividades extramurais, sendo uma delas, realizada em Escolas Municipais de Educação Infantil. Os pré-escolares, então, constituem o grupo alvo de um Programa de Educação em Saúde Bucal, que tem como objetivo proporcionar o desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, relativas à saúde bucal. Essa iniciativa foi desenvolvida a partir da necessidade de disseminar os saberes odontológicos para o universo infantil, com a finalidade de promover saúde e melhorar os níveis de saúde bucal.

Durante as aulas teóricas da disciplina são discutidos a forma de abordagem da criança, a linguagem adequada para cada faixa-etária, os instrumentos (canal de comunicação) e os temas que serão trabalhados em campo. Didaticamente, no trabalho com as crianças, os acadêmicos lançam mão das dramatizações, de desenhos e pinturas, da música, do faz-de-conta, dos meios audiovisuais e das atividades ludo-pedagógicas. Todo material didático utilizado é produzido pelo próprio acadêmico.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos desta, e àqueles que consentiram a participação, tiveram suas identidades resguardadas em cumprimento aos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do CNS/MS⁴.

Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, auto-aplicado, com perguntas abertas e fechadas, especialmente elaborado para pesquisa. As questões propostas foram: O que você entende por Educação em Saúde Bucal?; Você acha importante a realização de Programas de Educação em Saúde Bucal nas escolas?; Em sua opinião, os Programas de Educação em Saúde bucal nas escolas são eficazes?; Você acredita que a sua participação nesta atividade, durante a sua graduação, impacta de alguma maneira em sua vida? Qual a área da Odontologia você mais se identifica?

Para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo, por meio da técnica de análise de categoria⁵, formadas a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa. Seguiu ainda, os princípios propostos por Minayo⁶, os quais visam o agrupamento de circunstâncias que dão sentido ao fato, e não uma situação isolada, oferecendo liberdade para resgatar o importante na novidade dos temas, mesmo se a frequência é pequena.

No processamento dos dados quantitativos e análise estatística básica foi empregado o software de domínio público EPI INFO 3.2⁷.

4.4 Resultados e Discussão

Do total de 78 acadêmicos, 69,2% (n=54) consentiram participar do estudo, desses, 66,7% pertenciam ao sexo feminino e 33,3% ao masculino. A taxa de resposta do estudo conduzido por Ahmed et al.⁸, realizado também com estudantes de Odontologia, foi de 64,0%. Já Mialhe e Silva⁹, estudando a percepção de estudantes de Odontologia sobre Educação em Saúde, atingiu 85,3% da população-alvo.

Gontijo et al.¹⁰ analisando a saúde bucal coletiva na visão do estudante de Odontologia, da mesma forma que esta pesquisa, constataram que 74% dos respondentes eram do sexo feminino. Esse fator corrobora com a chamada "feminilização da Odontologia"^{11,12}, uma tendência de todos os cursos de nível superior.

Na teoria, um curso universitário, em especial uma escola de ciências médicas, existe para: captar os conhecimentos empíricos da população; analisá-los, identificando o que é correto e lhes conferir conteúdo científico; reunir esse material com as técnicas e os princípios já estudados externamente, formando um novo e mais evoluído conhecimento; devolver a cultura a toda a população, fazendo com que seus problemas se resolvam melhor e mais rápido¹³.

Portanto, as universidades precisam estar atentas às reais necessidades da população e não reproduzir em salas de aula, laboratórios e ambulatórios realidades distantes das quais o país se encontra¹⁴. Nesta perspectiva, 98,0% dos graduandos acreditam que a sua participação nas atividades extramurais - de educação em saúde bucal que realizam nas escolas-, durante a graduação, tiveram impacto na vida acadêmica e pessoal, uma vez que puderam entrar em contato com novas e diferentes realidades.

Gontijo et al.¹⁰ também obtiveram um índice de aprovação de graduandos em Odontologia de 92% referente a uma atividade extramuro, sendo que

somente 8% de respostas consideraram que não houve nenhuma contribuição para sua formação. Experiências como essas são extremamente válidas, pois fora do ambiente acadêmico tradicional, o aluno tem oportunidade de desenvolver sensibilidade e responsabilidade social, através de uma participação mais ativa junto à comunidade¹⁵.

Medeiros Júnior et al.¹⁶ compartilham da mesma opinião, já que em seu estudo puderam verificar que a atividade extramural desenvolvida em um hospital público trouxe a oportunidade de interação do aluno de Odontologia com outras profissões da saúde, crescimento individual e coletivo, a vivência de experiências diferentes e enriquecedoras do ponto de vista da formação humana e profissional, uma vez que trabalhavam com saúde bucal, sem perder a visão do paciente como um todo.

As escolas são consideradas ótimos espaços para serem realizadas atividades extramurais que contemplem ações de Educação em Saúde Bucal e de acordo com Organização Mundial de Saúde¹⁷, os estudantes podem ser acessados durante todos os anos de sua formação, desde a infância até a adolescência. Estes estágios são importantes na vida dos mesmos, pois os comportamentos relacionados à saúde bucal, bem como crenças e atitudes estão sendo desenvolvidos.

Foi comprovada por diversos autores a importância dos Programas de Educação em Saúde nas escolas de educação infantil, tanto na aquisição de novos conhecimentos, como na redução dos índices das doenças bucais¹⁸⁻²². Nesta pesquisa, os acadêmicos percebem a relevância da Educação em Saúde Bucal no âmbito escolar, já que todos acham importante a realização de Programas de Educação em Saúde Bucal nas escolas e 74% acreditam na eficácia desses programas.

Em relação às respostas positivas dadas pelos acadêmicos sobre o porquê dos Programas de Educação em Saúde Bucal nas escolas serem eficazes, as seguintes categorias foram formadas:

Categoria 1 - Aquisição ou mudanças de hábitos desde cedo - *"Porque em muitos casos a criança transmite em sua casa o que aprendeu na escola e muda seus hábitos e de sua família."*

Categoria 2 - Facilidade de aprendizado nesta idade - *"Porque nessa fase, as crianças estão dispostas a aprender e conseqüentemente levam para a casa o conhecimento obtido."*

Categoria 3 - Motivação frente ao aprendizado - *"Porque só a partir do momento que a criança entende o porquê da realização de medidas preventivas, ela se sente motivada a realizá-las."*

Categoria 4 - Desconhecimento prévio das crianças - *"Muitas crianças não tem noção de higiene em casa, assim nas escolas elas aprendem o correto e levam o conhecimento para casa demonstrando para os pais e familiares."*

Categoria 5 - A escola como um ambiente de aprendizado - *"Porque a escola já é um ambiente de ensino, e deve o ser para qualquer assunto, assim como o de saúde".*

As falas dos estudantes foram pertinentes à literatura, que é unânime em dizer que a criança apresenta facilidade de mudar hábitos errôneos e maior facilidade de aprendizagem. Além disso, a criança tem condições de aplicar em seu cotidiano a experiência vivenciada na escola e pode agir como agente multiplicador de saúde dentro do ambiente familiar²³.

Fato confirmado pelo estudo de Garbin et al.²⁴, ao constatar, por meio da percepção de pais de pré-escolares, que as crianças participantes de um Programa de Educação em Saúde Bucal foram capazes de levar o conhecimento

adquirido na escola para seus familiares, inclusive mudando a rotina de saúde bucal da sua família.

Todavia, é importante estar atento que toda criança chega à escola com um saber, e isso não pode ser ignorado, já que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças e conhecimentos. Algumas falas como "*nas escolas elas aprendem o correto*"; "*muitas crianças chegam na escola sem saber como cuidar e prevenir doenças*"; "*falta de informação das crianças*"; "*muitas daquelas crianças não tem educação doméstica necessária para prevenir enfermidades*"; "*induzem crianças que não tem noção nenhuma sobre noções de saúde bucal*" deixam claro que os acadêmicos podem estar desconsiderando esse conhecimento, prejudicando o processo de troca de saberes. Muitas vezes, o profissional de saúde apresenta o saber científico, pois em sua visão o saber da população é insuficiente e inferior, e não percebem que este é apenas diferente²⁵.

Outro ponto relevante foi a percepção de um acadêmico sobre a escola ser um ambiente de ensino para qualquer tema, corroborando com a literatura, que enfatiza o fato da escola ser um ambiente propício para a aplicação de Programas de Educação em Saúde, pois a mesma está inserida em todas as dimensões do aprendizado²⁶.

Do mesmo modo que a idade pré-escolar foi citada como uma das causas de eficácia de Programas de Educação em Saúde Bucal devido à facilidade de aprendizado, ela apareceu como fator de não eficácia na opinião de alguns acadêmicos, que relataram que nesta idade as crianças não são capazes de aprender: "*Deveria ser realizado com crianças entre 9-12 anos para que elas possam entender com maior facilidade o que queremos passar*"; "*Porque na maioria das vezes atingimos crianças muito novas que não possuem a capacidade de entender o que é ensinado, devendo então ter um contato mais direto com os*

pais e professores"; "Acredito que em certas faixas etárias eles sejam pouco eficazes".

Sabe-se que a idade pré-escolar, ou seja, a primeira infância é um grupo prioritário de trabalho, especialmente na Odontologia, pois além dessas crianças apresentarem alto risco da doença cárie, elas possuem grande capacidade de imitar ações que presenciem e apresentam a facilidade em alterar hábitos errôneos²⁷. É baseada na grande influência que o dentista (como educador) possui no desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças, preconiza-se na referida proposta extramural, o desenvolvimento de uma interação entre os acadêmicos de Odontologia e os pré-escolares em todas as ações de âmbito odontológico.

Outro fator citado por aqueles acadêmicos que acham que os Programas são ineficazes foi a não participação dos pais e/ou professores - *"Nem sempre esses programas terão resultado desejado se os pais dessas crianças não forem orientados"; "Porque ainda falta muita cooperação por parte dos funcionários nas escolas, como as professoras".*

É importante que, na realização do processo educativo para pré-escolares o dentista, no papel de educador, envolva os professores e pais como agentes multiplicadores. O envolvimento de pais e professores é crucial para que o processo de educação atinja seu objetivo e obtenha êxito, e para isso a disseminação do saber é imprescindível. Não que o dentista seja portador da verdade absoluta, uma vez que essa relação deve ser baseada no diálogo, na troca de experiências, havendo sempre uma ligação entre o saber científico e o saber popular. Além do mais, os professores e cuidadores são elementos fundamentais para as ações, pois são eles que conhecem a fundo as crianças e auxiliam na sua abordagem.

Os professores podem colaborar com a educação em saúde, pelo fato de seu constante convívio com escolares favorecer o desenvolvimento de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal, agindo, assim, como parceiros dos programas preventivo-educativos.

Quando os acadêmicos foram indagados a respeito do seu entendimento sobre Educação em Saúde Bucal, confirmou-se o conceito reducionista percebido anteriormente. As respostas foram classificadas de acordo com as categorias descritas abaixo.

- **Categoria 1 - Ensino de métodos de higienização e controle da dieta:** *"Consiste em ensinar as pessoas a escovar os dentes de maneira correta, a criar o hábito de passar fio dental e conforme as condições sócio-econômica visitar o cirurgião-dentista a cada 6 meses."*
- **Categoria 2 - Transmissão de informações sobre Saúde Bucal:** *"Passar para as crianças e adultos a importância da saúde bucal, ensinando a eles como manter essa saúde que é tão importante."*
- **Categoria 3 - Conscientização sobre a importância da Saúde Bucal:** *"Um trabalho preventivo, que busca a conscientizar as pessoas da necessidade de cuidar da higiene bucal, de evitar doenças e fazê-las entender a relação da saúde bucal com a saúde sistêmica."*
- **Categoria 4 - Instrumento de prevenção de doenças bucais:** *"Essa educação tem por objetivo ensinar a um determinado grupo como prevenir e cuidar de sua saúde bucal."*
- **Categoria 5 - Conhecimento adquirido ao longo da vida:** *"Compreende nos conhecimentos adquiridos ao decorrer da vida que impede o desenvolvimento de microorganismos presente na cavidade bucal por meio de escovação e fio dental."*

- **Categoria 6 - Conjunto de atividades que visam melhorar a Saúde Bucal da população:** *"Ações no âmbito coletivo que tem como meta a melhoria da saúde bucal da população."*

- **Categoria 7 - Um programa:** *"Eu entendo como um programa, um projeto cujo objetivo busca ensinar as pessoas e esclarecer questões sobre saúde bucal."*

Mialhe e Silva⁹, da mesma forma, observaram em sua pesquisa, que o conceito de Educação em Saúde dos acadêmicos de Odontologia avaliados estava fortemente ligado ao conceito positivista de ensinamento, instrução e prevenção de doenças, pautado em orientações e informações transmitidas à comunidade pelos profissionais. Silveira et al.²⁸ ressalta a importância de que Programas Educativos em Saúde Bucal não devem ser limitados ao trinômio placa-dieta-escovação e à transferência de informações sanitárias ou ainda restrita à preconização de hábitos saudáveis de auto-cuidados.

Pauleto et al.²⁹ relataram que apesar da existência de vários programas, a dimensão educativa é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar as crianças quanto à problemática da saúde bucal, onde visa a autonomia em relação ao cuidado com a saúde.

Guterman³⁰, estudando a percepção de graduandos sobre o tema Educação em Saúde, averiguou que os temas mais citados foram "prevenção" e "educação", aludindo que os mesmos não conseguiram transpor a barreira do paradigma preventivista para as ações educativas.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde³¹, a prática educativa em saúde deve ser vista de maneira ampla, e não como uma mera relação de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica, mas sim como uma relação dialógica pautada na horizontalidade entre os seus sujeitos, recoloca-se como atribuição de todo o trabalhador de saúde.

Essa concepção reducionista dos graduandos, centrada na doença, provavelmente é conseqüência de sua própria formação acadêmica, que ainda está pautada em uma abordagem curativista e tecnicista, em que nem todas as disciplinas do curso atribuem o mesmo valor à Educação em Saúde Bucal. Não adianta essa visão ser discutida somente por disciplinas específicas, ela deve ser multidisciplinar, e o que se vê na prática é o enaltecimento de técnicas e materiais restauradores. Fato esse comprovado pela preferência dos graduandos (72,2%) por especialidades que envolvam a Odontologia Restauradora, Cirurgia e Implante.

Diante disso, os docentes precisam vencer uma grande barreira: utilizar metodologias educacionais que contribuam para o enfrentamento e transformação positiva do ser humano¹⁰. Como bem comenta Araújo³², *esse processo deve ultrapassar o campo da saúde bucal coletiva, estendendo-se para todas as áreas, acabando com as dicotomias entre básico e clínico, entre clínico e social e entre público e acadêmico.*

4.5 Considerações finais

Apesar dos acadêmicos reconhecerem a importância dos Programas de Educação em Saúde Bucal no âmbito escolar e também a importância de sua participação nestas atividades extramurais, o entendimento sobre o que é realmente “Educação em Saúde Bucal” precisa ser revisto, mesmo porque este fato pode prejudicar a atuação dos mesmos junto às crianças e comprometer os objetivos do Programa.

A dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer, bem como as perspectivas de educação e promoção de saúde, deve ser objeto de todas as disciplinas que integram o curso de Odontologia. O número de egressos desse curso não é pequeno, pelo contrário, por isso a Universidade deve ter como meta principal a melhoria dos índices em saúde.

O real papel da universidade seria o de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e dizer como pode resolvê-los, ou seja, o ensino e a pesquisa devem ser direcionados para ações de impactos sociais que possibilitem melhores condições de vida para a população. Assim os egressos estarão preparados para o mercado de trabalho e ao mesmo tempo cientes do seu compromisso de devolver à sociedade tudo que lhes foi ensinado.

*A sociedade necessita de recursos humanos adequados com capacidade técnica, mas também política, científica e senso crítico para abordar as dimensões social, epidemiológica e econômica no contexto da saúde*³³.

Colaboradores

C. A. S. Garbin orientou o delineamento do estudo, a elaboração dos questionários, bem como a análise dos dados e redação do artigo. K. T. Santos elaborou e aplicou os questionários, tabulou os dados e redigiu o artigo.

4.6 Referências*

1. Campos FE, Belisário SA. O programa da Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface Comun Saúde Educ* 2001; 5(9):133-42.
2. Resolução CNE/CES 3 de 19 de fevereiro de 2002. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia*. Diário Oficial da União 2002; 4 mar.
3. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4):481-90.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União 1996; 10 out.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. Epi Info 3.2: *software para profissionais de saúde* [computer program]. Atlanta: CDC; 2004.
8. Bhayat A, Yengopal V, Rudolph MJ, Govender U. Attitudes of South African dental therapy students toward compulsory community service. *J Dent Educ* 2008; 72(10):1135-1141.
9. Mialhe FL, Silva CMC. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de Odontologia. *Ciêñ Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2008 jan [citado 2009 maio 15]; [cerca de 10 p.] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1974

* Normalização segundo o periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (Anexo D).

10. Gontijo LPT, Almeida MCP, Gomide LRS, Barra RP. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia - análise de uma experiência. *Ciêñ Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2007 jan [citado 2009 maio 15]; [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1112
11. Moimaz, SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba - SP. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(4): 301-5.
12. Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual De Montes Claros - Unimontes, Brasil. *Ciêñ Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2007 jan [citado 2009 maio 15]; [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1693
13. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
14. Garbin CAS, Saliba NA, Moimaz SAS, Santos KT. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. *Rev ABENO* 2006; 6(1):6-10.
15. Saliba NA, Pereira AA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM. Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP. *Odontol Clín-Cient* 2003; 2(3):197-200.
16. Medeiros Júnior A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (2):305-10.
17. World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the*

- approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva: World Health Organization; 2003.
18. Ohara S, Kawaguchi Y, Shinada K, Sasaki Y. Evaluation of school-based dental health activities including fluoride mouth-rinsing in Hiraizumi, Japan. *J Med Dent Sci* 2000; 47(2):133-41.
 19. Mastrantonio SDS, Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura. *JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 2002; 5(25):215-22.
 20. Pereira AP. Avaliação do programa de Educação em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba [dissertação]. Araçatuba (SP): Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2002.
 21. Aquilante AG, Almeida BS, Castro RFM, Xavier CRG, Peres SHCS, Bastos JRM. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Rev Odontol UNESP* 2003; 32(1):39-45.
 22. Goel P, Sehgal M, Mittal R. Evaluating the effectiveness of school-based dental health education program among children of different socioeconomic groups. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005; 23(3):131-3.
 23. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9):677-85.
 24. Garbin C, Garbin A, Dos Santos K, Lima D. Oral health in schools: promoting health agents. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(3):212-6.
 25. Valla V, Stotz E, org. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

26. Fernandes MH, Rocha VM, Souza DB. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *Hist Ciênc Saude Manguinhos* 2005; 12(2):283-91.
27. Bijella MFTB, Bijella VT, Figueiredo MC. Avaliação de um programa odontológico, com bases educativa, preventiva e curativa, desenvolvido com pré-escolares durante 12 meses. *Cecade News* 1995; 3(2):1-5.
28. Silveira JLGC, Campos ML, Berndt RLE. Educação em saúde como estratégia para o controle social em Saúde Bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2006; 6(1):29-34.
29. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):121-30.
30. Guterman N. O cirurgião-dentista como educador em saúde bucal: explorações em torno de uma prática. *Rev ABENO* 2005; 5(2):115-24.
31. Brasil. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/ Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa; 2007.
32. Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 179-82.
33. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003 p. 140-59.

5 Capítulo 3

A VISÃO DE CRIANÇAS SOBRE COMO CUIDAR DOS DENTES: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

70

5.1 Resumo

Objetivo: Analisar a visão de crianças participantes de um Programa de Promoção em Saúde Bucal, frente ao tema "como cuidar do dentes". *Métodos:* A amostra foi composta por crianças de 6-9 anos de idade. As percepções foram coletadas por meio de redações e de desenhos. Os desenhos foram analisados de acordo com metodologia proposta por Taylor et al, baseada na ocorrência de determinados itens, neste estudo, os de higienização bucal. As redações foram analisadas de acordo com a citação de itens de higienização e pelo conteúdo apresentado, utilizando como referencial teórico a análise de conteúdo, proposta por Bardin. *Resultados:* Ao todo participaram do estudo 43 crianças, dessas, 31 realizaram redações e 12 desenhos. Todas as crianças mencionaram a escova e pasta dental como item de higienização bucal. 74,4% das crianças mencionaram o doce como um aspecto negativo à saúde bucal, sendo a bala, chiclete e pirulito os itens mais citados. Todas as redações citaram aspectos da escovação, como a frequência, a técnica, e/ou a qualidade da mesma. As conseqüências do "não cuidar" também estiveram presentes, e estavam relacionadas à cárie, edentulismo, halitose, dor, relacionamento pessoal. O porquê de cuidar também foi mencionado, e estava relacionado à: importância dos dentes para o indivíduo, dentes "limpinhos", "saudáveis" e "brilhantes". *Conclusão:* As crianças apresentam um entendimento satisfatório sobre como cuidar dos dentes, evidenciando a importância de Programas de Educação em Saúde Bucal para esse público alvo.

5.2 Introdução*

A cárie dentária influencia consideravelmente a qualidade de vida e bem estar de crianças, principalmente sua forma severa na dentição decídua, podendo comprometer os hábitos alimentares, o crescimento e peso corporal, bem como o comportamento social das mesmas¹⁻³.

A cárie dentária não tratada é comum em crianças de muitos países. No Brasil, sua prevalência na infância ainda é um problema de saúde pública, fato constatado no último levantamento epidemiológico nacional, onde 26,85% das crianças de 18 a 36 meses e 59,37% das crianças de 5 anos são portadoras da doença cárie e a prevalência para essa mesma doença, aos 12 anos, foi de 68,92%⁴.

Marra et al.⁵ comentam que apesar de hoje a Odontologia estar avançada devido ao desenvolvimento tecnológico e científico, observa-se que a população brasileira, de maneira geral, perde seus dentes muito cedo, e a dificuldade de acesso à assistência juntamente com a falta de informação fazem com que as pessoas acreditem que esse fato é certo.

Desta forma, o conhecimento em saúde bucal é considerado um requisito essencial para comportamentos positivos relacionados à saúde⁶. Programas Educação em Saúde Bucal (ESB) podem contribuir para mudanças de comportamento por meio da aquisição de conhecimentos, o que refletirá nos índices de saúde bucal e na qualidade de vida⁷.

Conhecer a percepção de crianças sobre aspectos relativos à saúde bucal constitui um caminho muito importante tanto para prática clínica, como para implementação e avaliação de Programas Educativos para essa parcela da população. O objetivo do estudo foi analisar a visão de crianças participantes de

* Normalização segundo o periódico *International Journal of Paediatric Dentistry* (Anexo E).

um Programa de Promoção em Saúde Bucal, frente ao tema "como cuidar do dentes".

5.3 Materiais e Métodos

Delineamento da pesquisa

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa.

O universo amostral foi obtido a partir de 60 crianças com idade de 6-9 anos participantes das atividades desenvolvidas duas vezes por semana em um Programa de Promoção em Saúde Bucal (PPSB). Essas crianças freqüentam a escola em um período do dia, e no outro, quando não estão em aula, freqüentam o Projeto chamado "Criança Nossa" realizado em uma Instituição sem fins lucrativos. O objetivo desse Projeto é tirar essas crianças da situação de risco social e ocupá-las com atividades produtivas, enquanto os pais trabalham. Dentre as ações realizadas neste Projeto, estão as do PPSB, que abrangem atividades educativas e preventivas no âmbito odontológico.

Os temas mais abordados no processo educativo contemplam assuntos básicos: importância da saúde bucal, relação saúde bucal e geral, placa bacteriana - o que é, como se forma e conseqüências, como remover, hábitos de higiene - escovação, uso do fio dental, hábitos alimentares - relação dieta/cárie; flúor e hábitos indesejáveis (hábitos de sucção não nutritiva - chupetas e dedo). É realizada, semanalmente, a escovação supervisionada e as crianças que necessitam de assistência individual são encaminhadas para o consultório odontológico existente na própria Instituição, uma parceria com a Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil.

As percepções sobre o tema "Como cuidar dos dentes" foram coletadas por meio de redações (escrita) permitindo a liberdade em discorrer sobre o assunto. Para não deixar àquelas crianças que não estavam aptas a escrever de fora da pesquisa, coletou-se suas percepções por meio de desenhos.

Análise dos dados

Os desenhos foram analisados de acordo com metodologia proposta por Taylor et al.⁸, baseada na ocorrência de determinados itens, neste estudo os de higienização (Figura 1). Quando a criança o terminava, com o auxílio de uma pedagoga, foi solicitado que ela confirmasse o conteúdo do mesmo.

Já as redações foram analisadas de acordo com a citação de itens de higienização e pelo conteúdo apresentado. Assim, utilizou-se a análise de conteúdo, por meio da técnica de análise de categorias proposta por Bardin⁹. Primeiramente foi identificado o tema maior e dentro desse, as categorias. As frases que tinham o mesmo sentido, foram agrupadas em uma mesma categoria, mesmo que elas fossem escritas de maneira diferente.

Os resultados obtidos por meio da frequência de itens foram submetidos à análise estatística, empregando teste não paramétrico de Fisher, com nível de significância 5%, com a finalidade de verificar a existência de associação entre a ocorrência de itens de higienização bucal e as faixas etárias e sexo que as crianças pertenciam.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil (processo FOA 2007- 01843). Todos os pais das crianças participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo seguiu os princípios éticos apontados pela Resolução Brasileira 196¹⁰, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

5.4 Resultados

A amostra final foi constituída por 43 crianças de 6-9 anos de idade, ou seja, por aquelas que estavam presentes na Instituição no dia da realização pesquisa, sendo que 58,1% (n=25) pertenciam ao sexo feminino e 41,9% (n=18) ao sexo masculino. De todas as crianças que participaram, 12 se expressaram na forma de desenho e 31 na de redação.

Em relação à ocorrência de elementos de higienização nos desenhos e redações, 100% das crianças mencionaram a pasta e a escova dentária, 67,4% o fio dental, 18,6% o flúor e 65,1% o enxaguante bucal.

A tabela 1 e 2 mostram a distribuição de freqüência percentual de crianças segundo a ocorrência de itens de higienização bucal e as faixas etárias e sexo que as crianças pertenciam.

Tabela 1. Distribuição de freqüência percentual de crianças segundo menção de elementos de higienização e faixa etária, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Elementos citados	6-7 anos		8-9 anos		<i>p</i>				
	Sim	Não	Sim	Não					
Higienização	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escova	20	100,0	0	0,0	23	100,0	0	0,0	<i>p</i> *>0,05
Pasta	20	100,0	0	0,0	23	100,0	0	0,0	<i>p</i> *>0,05
Fio dental	11	55,0	9	45,0	18	78,3	5	21,7	<i>p</i> *>0,05
Flúor	4	20,0	16	80,0	4	17,4	19	82,6	<i>p</i> *>0,05
Enxaguante bucal	10	50,0	10	50,0	18	78,3	5	21,7	<i>p</i> *>0,05

*Teste exato de Fisher. Nível de significância a 5%

Tabela 2. Distribuição de frequência percentual de crianças segundo menção de elementos de higienização e sexo, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Elementos citados	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		p
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Higienização									
Escova	25	100,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	p*>0,05
Pasta	25	100,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	p*>0,05
Fio dental	17	68,0	8	32,0	12	66,7	6	33,3	p*>0,05
Flúor	3	12,0	22	88,0	5	27,8	13	72,2	p*>0,05
Enxaguante bucal	16	64,0	9	36,0	12	66,7	6	33,3	p*>0,05

*Teste exato de Fisher. Nível de significância a 5%

Quanto à dieta, 74,4% das crianças mencionaram os doces como um aspecto negativo à saúde bucal, sendo a bala, chiclete e pirulito os itens mais citados.

As seguintes representações estavam contidas nos desenhos: higiene corporal associada à higiene bucal; associação de dentes cariados à extração; representação do dente "feliz" ou "limpo" associada a elementos de higienização, representação da escovação (Figura 2).

Nas redações, os temas centrais que surgiram foram: aspectos da escovação, (frequência, a técnica, e/ou a qualidade da mesma) (Tabela 3), conseqüências do não cuidado com a boca (Tabela 4) e o porquê cuidar da boca (Tabela 5).

Tabela 3. Categorias referentes ao tema "escovação" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Tema: Escovação	
Categorias	Percepções
Freqüência	<p><i>"Eu escovo três vezes por dia."</i></p> <p><i>"Nunca esquecer de escovar os dentes."</i></p>
Técnica	<p><i>"O importante é não esquecer de escovar a língua."</i></p> <p><i>"Escovar o dente com pouca pasta."</i></p> <p><i>"Eu vou ensinar como se escova: na frente bolinha, dos lados também, trenzinho lá atrás dos dentes e em cima e em baixo vassorinha, e não pode esquecer de escovar a língua. Também tem que trocar a escova, viu?"</i></p>
Qualidade	<p><i>"Escovar todos os dentes e muito bem."</i></p> <p><i>"É tão bom ter a amiga escovita."</i></p>
Técnica e qualidade	<p><i>"Eu preciso escovar bem os dentes, direitinho, porque senão dá muitas bactérias. Como escovar: fazendo bolinha e trenzinho."</i></p>
Freqüência e qualidade	<p><i>"Escovar os dentes direitinho e</i></p>

Freqüência e técnica

todos os dias."

"Escovar os dentes de manhã, na hora do almoço e de noite... Escovar a língua, tem que escovar todos os lados dos dentes."

Tabela 4. Categorias referentes ao tema "conseqüências do não cuidado com a boca" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Tema: conseqüências do não cuidado com a boca

Categorias**Percepções****Cárie e edentulismo**

"Se a gente não escova o dente a gente fica "banguela."

"Mas se nós cuidarmos direitinho, bem direitinho nós não vamos precisar arrancar não."

Halitose

"Você vai ficar com a boca fedida, podre, cheia de cárie, sua boca fica feia e muito fedorenta."

Relacionamento pessoal

"...porque senão depois eles ficam bem podres e ninguém vai querer falar comigo."

"...quando você crescer, aquela cárie que você terá ficará no seu dente e se você for menino, a menina nunca vai querer namorar com você..."

Tabela 5. Categorias referentes ao tema "o porquê cuidar da boca" mencionado pelas crianças nas redações, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Tema: o porquê cuidar da boca

Categorias	Percepções
Dentes saudáveis	<i>"Cuidar dos dentes todos os dias e ficar bonito, limpo e saudável." "Vamos deixar nossos dentes bonitões, branquinhos e muito saudáveis."</i>
Importância dos dentes para o indivíduo	<i>"Cuidar dos dentes é muito bom para nossa saúde." "Os dentes são importantes para as pessoas."</i>
Vontade de ser dentista	<i>"Como eu vou ser dentista, se eu não souber nem cuidar da minha boca..."</i>

5.5 Discussão

Ter saúde bucal não significa apenas ausência de doenças bucais, deve-se considerar tanto a função, como o bem estar físico, psicológico e social relacionados aos dentes e à boca¹¹. A presença de dor, infecção, ou disfunção no sistema estomatognático em crianças pode restringir o consumo de uma dieta adequada às necessidades energéticas, e afetar o seu crescimento, aprendizado, comunicação e recreação¹².

Sabe-se que ainda há um limitado conhecimento sobre doenças bucais por parte de algumas populações, principalmente as de baixo nível socioeconômico^{7,13}. A situação epidemiológica das crianças brasileiras é preocupante, devido às condições sociais e econômicas de grande parcela da população, à falta de recursos em saúde no setor público e à falta de informação sobre cuidados básicos de saúde¹⁴.

O nível de conhecimento a respeito da saúde bucal pela sociedade é um dado de extrema importância para o planejamento e avaliação das ações em saúde bucal, buscando-se estratégias a partir dos dados coletados, objeto desse estudo. A seleção da amostra da presente pesquisa partiu da necessidade de avaliar o conhecimento de um grupo de crianças contempladas em um PPSB.

Atualmente, maior ênfase está sendo dada ao que a criança pensa e sente, são as chamadas "pesquisas centradas na criança" (child-centred research)¹⁵, por isso optou-se realizar-se essa pesquisa com as próprias crianças. Muitas vezes, as pesquisas envolvendo crianças abordam a percepção de seus pais e não a da própria criança, o que pode prejudicar o resultado e a condução pós-pesquisa.

A coleta de dados por meio da redação foi escolhida devido à liberdade que esse método traz, pois a criança pode colocar suas idéias no papel, sem restrições. Não foi encontrada na literatura a utilização da escrita livre em

pesquisas com crianças, a maioria das pesquisas é realizada por meio de entrevistas ou questionários auto-aplicados^{6-7,16-19}. No caso da entrevista, a criança pode ficar inibida perante o pesquisador, e no caso de formulários ou questionários de múltipla escolha, a criança pode ser influenciada.

Para que todas as crianças contempladas pelo Projeto pudessem participar da pesquisa, utilizou-se os desenhos como alternativa para àquelas que não estavam totalmente alfabetizadas. De acordo com Marshman e Hall¹⁵, os desenhos podem ser usados de várias formas para estudar a criança e a sua relação com a Odontologia. A análise dos mesmos baseada na ocorrência de itens foi proposta nos estudos de Taylor et al.⁸, entretanto esses autores utilizaram essa proposta para avaliar a percepção de crianças sobre o dentista.

Para garantir que a criança ficasse a vontade, a pesquisa foi realizada sem a presença do pesquisador e inserida na sua rotina diária de atividades do Projeto. Entretanto, Marshman e Hall¹⁵ comentam que nas escolas as respostas das crianças podem ser influenciadas por colegas e professores, assim foi solicitado aos cuidadores (que acompanham diariamente essas crianças) que não conversassem com as crianças no momento da realização da pesquisa e que não deixassem os colegas se comunicarem entre si.

No geral, a percepção das crianças sobre como cuidar dos dentes pode ser considerada satisfatória, pois foi observada alta freqüência de menção de elementos importantes para higiene bucal. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a menção desses itens e as faixa etárias e sexo, o que reflete a homogeneidade do grupo, uma vez que as atividades do PPSB são realizadas com todo o grupo, sem divisão por faixa-etária.

Esses achados vão ao encontro dos de Antunes et al.¹⁸, no que diz respeito à percepção das crianças de 6-7 anos sobre higienização, onde 100%

selecionaram ,em um formulário de múltipla escolha, a escova e pasta de dente e 96,7% do fio dental.

Já Liu et al.¹⁹ verificaram em seu estudo, utilizando questionário auto-aplicado, que apenas 64% das crianças confirmaram o efeito preventivo da pasta dental, afirmando a necessidade da realização de Programas de Saúde Bucal nas escolas para promover o uso do dentífrício fluoretado entre escolares.

Um fato que nos chamou a atenção foi a frequência de citação do enxaguante bucal pelas crianças, o que provavelmente pode ser devido à influência da mídia ou dos próprios pais, já que tal produto não é mencionado no trabalho educativo.

Antunes et al.¹⁸ verificaram ainda, respostas contraditórias em relação ao consumo de açúcar, uma vez que as crianças o relacionaram como fator benéfico ao dente, selecionando os doces e chocolates no formulário como "amigos do dente". Esse fato também esteve presente nos estudos de Freire et al.¹⁶, onde somente 36,7% das crianças pertencentes a sua amostra (6-13 anos de idade) fizeram opções corretas, assinalando os doces como "inimigos do dente". Nesta pesquisa foi verificado que a maioria das crianças citou os doces como um aspecto negativo à saúde bucal, discordando das pesquisas citadas anteriormente.

Além disso, os desenhos trouxeram visões como a questão da higiene bucal inserida na rotina de higiene diária da criança, e a associação de "dente feliz" ao lado de elementos de higiene bucal. Vale ressaltar que no PPSB trabalha-se muito com essa representação de "dente feliz" e "dente triste", ou seja, algumas crianças representaram essa idéia da mesma forma como é trabalhado com elas.

Outro fator importante, e que reafirma a reprodução do que é discutido nas atividades educativas do PPSB, é que todas as redações mencionaram aspectos da escovação, como a frequência, a técnica, e/ou a qualidade da mesma, algumas

citando a maneira como é trabalhada a questão da técnica (trenzinho, bolinha) e personagens de histórias que lhes é contada (A escovita).

As conseqüências do "não cuidar" foram mencionadas nas redações, e estavam relacionadas à cárie, edentulismo, halitose, relacionamento pessoal, ou seja as crianças percebem a dimensão estética que é inerente à região anatômica que os dentes ocupam. O porquê de cuidar também foi mencionado, e estava relacionado à dentes "limpinhos", "saudáveis", "brilhando", bem como a importância dos dentes para o indivíduo, concordando com os estudos de Al-Omiri et al.¹⁷, em que as crianças de sua pesquisa também reconheceram a importância da saúde bucal para o bem estar do indivíduo.

Os resultados desse estudo, tendo em vista os temas que são abordados pelo PPSB, sugerem que o mesmo pode contribuir para uma visão adequada das crianças sobre como cuidar dos dentes.

De acordo com Millher et al.²⁰, os Programas de Saúde Bucal realmente podem servir como um pequeno passo no sentido das crianças alcançarem autonomia nas práticas de higiene bucal. Percebe-se a importância da realização de Programas Educativos em Saúde Bucal para escolares, com a finalidade de promover saúde bucal e qualidade de vida.

5.6 Referências*

1. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999; **21**:325-326.
2. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; **201**:625-626.
3. Wandera M, Kayondo J, Engebretsen IM, Okullo I, Astrøm AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2009; **19**:251-262.
4. Brazil. Ministry of Health. Oral Health Brazil 2003 Project (SB Brasil 2003). *Oral Health Conditions of Brazilian Population. Main results*. Brasília: Ministry of Health; 2004.
5. Marra SP, Lagreca PD, Martins VR et al. Atraumatic restorative treatment: an alternative of life quality recuperation. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2008; **20**:204-208. [Article in Portuguese].
6. Al-Ansari J, Honkala E, Honkala S. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. *BMC Oral Health* 2003; **3**:2.
7. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent* 2002; **12**:168-176.
8. Taylor D, Roth G, Mayberry W. Children's drawings about dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol* 1976; **4**:1-6.
9. Bardin L. *Content analysis*. Lisboa: Edições 70; 1994.

* Normalização segundo o periódico *International Journal of Paediatric Dentistry* (Anexo E).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: *diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
11. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saude Publica* 2008; **24**:1897-1909. [Article in Portuguese]
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 1996; **17**:26.
13. Anselmo TM, Brunson DK, Martinez ME, Christensen M, O'Connell J. Expanding school-based sealant programs to realize treatment cost savings in Colorado. *J Dent Hyg* 2007; **81**: 88.
14. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Oral health: a critical review about educative programmes for students. *Cien Saude Coletiva* 2004; **9**: 121-130. [Article in Portuguese]
15. Marshman Z, Hall MJ. Oral health research with children. *Int J Paediatr Dent* 2008; **18**:235-242.
16. Freire MCM, Soares FF, Pereira MF. Knowledge on dental health, diet and oral hygiene of children treated at the Dental School of the Federal University of Goias. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 2002; **5**:195-199. [Article in Portuguese].
17. Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. *J Dent Educ* 2006; **70**:179-187.
18. Antunes LS, Soraggi MBS, Antunes LAA, Corvino MPF. Evaluation of the perception of the children and knowledge of the educators on buccal

- health, diet and hygiene. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2006; **6**:79-85. [Article in Portuguese].
19. Liu M, Zhu L, Zhang B, Petersen PE. Changing use and knowledge of fluoride toothpaste by schoolchildren, parents and schoolteachers in Beijing, China. *Int Dent J* 2007; **57**:187-194.
20. Miller FY, Lautar CJ, Meyer JM, Summers DG. Achieving autonomy in dental hygiene practice through a school-based oral health program. *J Den Hyg* 2006; **80**: 28.



Fig.1. Desenho realizado por uma criança de sete anos de idade, contendo vários elementos de higienização bucal.

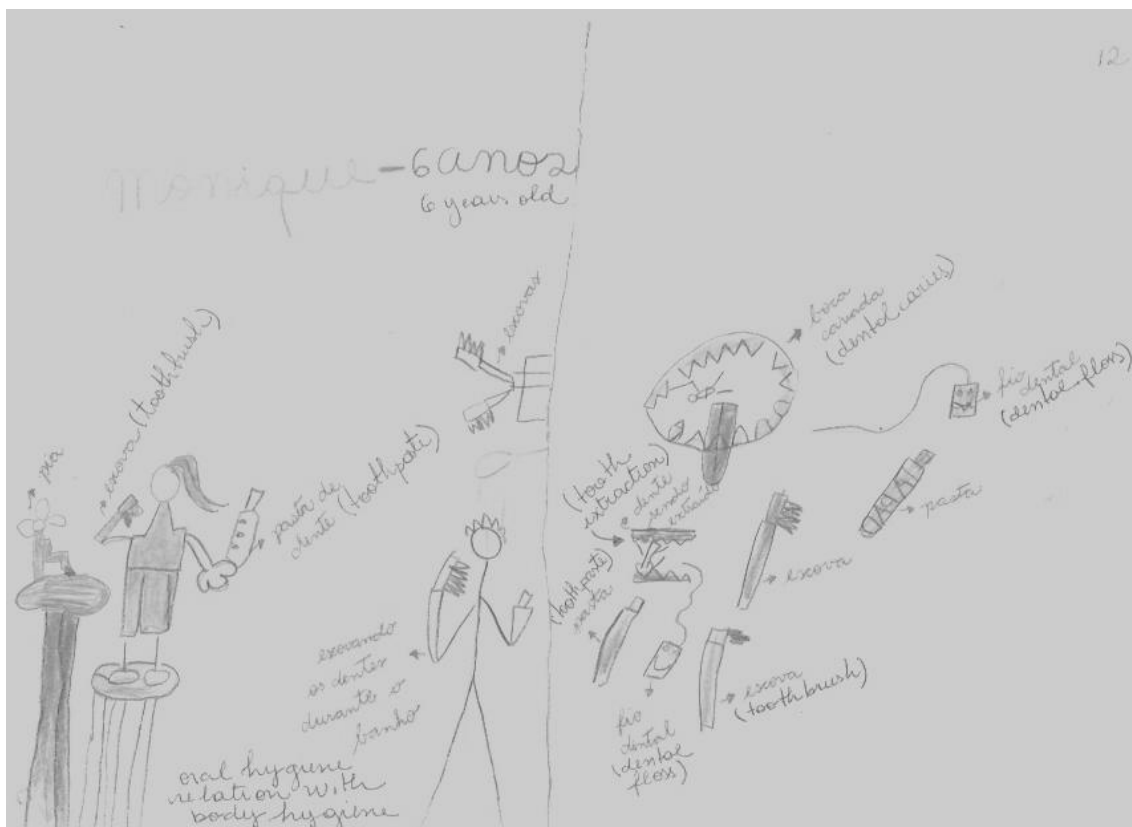


Fig. 2. Desenho realizado por uma criança de seis anos de idade, representando a higiene corporal associada à higiene bucal e associação de dentes cariados à extração.

6 Capítulo 4

CONHECIMENTO E OPINIÕES DE CONCLUINTES DO CURSO DE PEDAGOGIA SOBRE SAÚDE BUCAL

90

6.1. RESUMO

OBJETIVO: Investigar as opiniões e o conhecimento de futuros educadores sobre saúde bucal. **MÉTODOS:** A amostra final foi constituída por 92 concluintes do curso de Pedagogia e a coleta dos dados realizada por questionário semi-estruturado. As perguntas abordaram as opiniões dos estudantes sobre Educação em Saúde Bucal e seu conhecimento sobre aspectos relativos à cárie dentária, Odontologia Preventiva e Odontologia na primeira infância.

RESULTADOS: Oitenta e seis vírgula oito por cento dos acadêmicos acham que o professor deve atuar como educador em saúde bucal e 92,4 % acham importante a sua integração com profissionais de saúde. 9% e 34,8% responderam corretamente sobre o conceito de placa bacteriana e cárie dentária, respectivamente. Sessenta e sete por cento responderam corretamente sobre o surgimento da cárie e 83,7% responderam corretamente sobre a possibilidade de se ter dentes saudáveis a vida inteira. Quanto ao momento ideal da primeira visita ao cirurgião-dentista, 39,1% responderam certo. **CONCLUSÃO:** Os concluintes de Pedagogia possuem opiniões positivas em relação à Educação em Saúde Bucal, entretanto, o seu conhecimento sobre a temática abordada é insatisfatório, uma vez que serão futuros professores e formadores de opiniões.

DESCRITORES: Saúde escolar. Saúde bucal. Educação em saúde. Professores.

6.2 INTRODUÇÃO*

A Educação em Saúde Bucal possui papel relevante na prevenção dos problemas bucais, pois conscientiza o indivíduo sobre as doenças que podem acometê-lo, capacitando-o a interferir positivamente em sua saúde.

Os pré-escolares são considerados grupo-alvo prioritário de trabalho, pois apresentam facilidade de mudar hábitos e maior facilidade de aprendizagem. Deste modo, as escolas constituem ótimos espaços para serem realizadas ações de educação, devido sua abrangência e por já ser por si só um ambiente de aprendizado.

O Ministério da Saúde⁴ reconhece que, além da escola ter uma função pedagógica específica, tem uma função social e política voltada para a transformação da sociedade, relacionada ao exercício da cidadania e ao acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem. Tais razões justificam ações voltadas para a comunidade escolar que visem concretizar as propostas de Promoção da Saúde.

Os professores podem colaborar com a Educação em Saúde, pois seu constante convívio com escolares favorece o desenvolvimento de ações que promovam saúde bucal, agindo, assim, como parceiros dos Programas preventivo-educativos.⁶ Daí, a importância de se implementar estratégias de Educação em Saúde integradas com o sistema educacional, suas unidades de ensino e suas representações políticas.⁴

Visando alertar a comunidade escolar e os profissionais da saúde sobre a importância que os professores assumem nas práticas de Educação em Saúde Bucal, investigamos o conhecimento e opiniões de futuros educadores sobre saúde bucal.

* Normalização segundo o periódico Revista de Saúde Pública (Anexo F).

6.3 METODOLOGIA

O estudo, caracterizado como descritivo e transversal, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP (processo FOA 2007- 01843).

A base populacional do estudo constituiu-se do total de alunos (n=120) concluintes de Pedagogia matriculados em três universidades particulares do município de Araçatuba-SP, ou seja, todas as que possuíam esse curso. O município foi escolhido pelo fato de abrigar uma Faculdade de Odontologia Estadual, a qual realiza parcerias com as escolas de educação infantil.

Os acadêmicos foram abordados na sala de aula da Universidade que freqüentavam, sendo o critério de sua inclusão no estudo baseado na presença dos mesmos no dia da realização da pesquisa e a concordância em participar dela.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos desta, e àqueles que consentiram a participação, tiveram suas identidades resguardadas em cumprimento aos preceitos éticos contidos na resolução 196/96⁵ do CNS/MS. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, com perguntas especialmente elaboradas para o estudo. As perguntas abordaram as opiniões dos estudantes sobre Educação em Saúde Bucal e seu conhecimento sobre aspectos relativos à cárie dentária, Odontologia Preventiva e Odontologia na primeira infância.

Para análise dos dados foi utilizado o *software* Epi Info versão 3.2 for Windows®, por meio da distribuição das freqüências e porcentagens.

6.4 RESULTADOS

Do total de acadêmicos, 76,6% (n=92) consentiram participar do estudo, sendo a amostra composta por 92,3% indivíduos do sexo feminino e 7,7% do sexo masculino. A idade da população de estudo variou de 19 a 57 anos, com média de 31 anos.

54,3% e 75,0% dos concluintes de Pedagogia relataram que os temas saúde e saúde bucal na escola, respectivamente, não foram abordados durante sua formação. A figura 1 mostra que a maioria dos estudantes avalia como bom o seu conhecimento sobre saúde bucal.

A tabela 1 relaciona as opiniões dos acadêmicos sobre aspectos relativos à Educação em Saúde Bucal. Os conhecimentos dos mesmos sobre cárie dentária, Odontologia Preventiva e Odontologia na Primeira Infância encontram-se nas tabelas 2, 3 e 4.

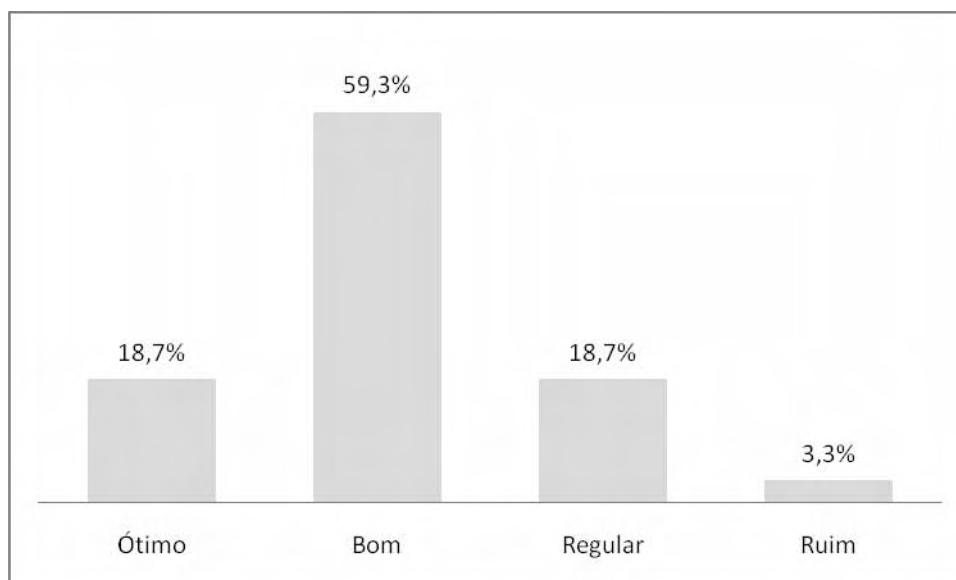


Figura 1. Distribuição de freqüência percentual referente à auto-avaliação dos concluintes de Pedagogia sobre seu conhecimento em saúde bucal, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Tabela 1. Opiniões dos concluintes de Pedagogia sobre Educação em Saúde Bucal, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Perguntas	Respostas	
	Sim n (%)	Não n (%)
1. O tema saúde bucal deve ser abordado na escola?	83 (90,2)	9 (9,8)
2. O professor deve atuar como um educador em saúde bucal?	80 (86,8)	12 (13,2)
3. Você acha importante a realização de Programas de Saúde Bucal nas escolas?	86 (93,5)	6 (6,5)
4. Você acha importante a integração entre profissionais de Saúde e professores?	85 (92,4)	7 (7,6)
5. Você se sente apto a orientar pais e alunos a respeito de uma correta alimentação e higienização?	49 (53,3)	43 (46,7)

Tabela 2. Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre cárie dentária, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Perguntas	Respostas	n (%)
O que é placa bacteriana*?	Restos de alimentos/sujeira	37 (40,2)
	Camada/Película	10 (10,8)
	Grupo de bactérias	9(9,8)
	Tártaro	8(8,7)
	Doença/Cárie	3 (3,3)
	Outros (falta de higiene, proteção ao dente)	2(2,2)
	Não sabe	23 (25,0)
Como a placa bacteriana pode ser removida?	Escovação e fio dental	33(35,9)
	Raspagem pelo dentista	51(55,4)
	Não sabe	8 (8,7)
A cárie:	Doença não transmissível	22(23,9)
	Doença transmissível	32 (34,8)
	Não é doença	26 (28,3)
	Não sabe	12 (13,0)
Quando surge a cárie:	Consumo de açúcar em excesso	5 (5,4)
	Higiene bucal inadequada	21 (22,8)
	As 2 opções acima	62 (67,4)
	Não sabe	4 (4,4)
O dente de leite cariado deve ser restaurado?	Sim	65 (70,7)
	Não	13 (14,1)
	Não sabe	14 (15,2)

* Pergunta aberta

Tabela 3. Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre Odontologia Preventiva, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Perguntas	Respostas	n (%)
É possível ter dentes saudáveis por toda vida?	Sim	77 (83,7)
	Não	2 (2,2)
	Não sabe	13 (14,1)
Para que serve o flúor*?	Prevenção à cárie	46 (50,0)
	Prevenção às bactérias	12 (13,0)
	Limpeza dos dentes	7 (7,6)
	Saúde dos dentes	2 (2,2)
	Outros (conservar o esmalte, prevenir placa, branquear dentes, combater halitose)	4 (4,4)
	Não sabe	21 (22,8)
Onde o flúor é encontrado?	Água	1 (1,1)
	Creme dental	6 (6,5)
	Aplicação pelo dentista	9 (9,8)
	As 3 opções acima	70 (76,1)
	Não sabe	6 (6,5)
Qual a quantidade de creme dental ideal?	Cobrir a metade da escova	30 (32,6)
	Cobrir toda a escova	7 (7,6)
	Grão de ervilha	31 (33,7)
	Não Sabe	24 (26,1)
Como deve ser o consumo de doces?	Após as refeições principais	49 (53,3)
	Qualquer momento	9 (9,8)
	Totalmente restrito	22 (23,9)
	Não sabe	12 (13,0)

* Pergunta aberta.

Tabela 4. Conhecimento dos concluintes de Pedagogia sobre Odontologia na primeira infância, Araçatuba - SP, Brasil, 2009.

Perguntas	Respostas	n (%)
Qual o momento ideal para primeira visita ao dentista?	Antes do nascimento dos dentes	36 (39,1)
	Dentição de leite completa	6 (6,5)
	Nascimento dos dentes permanentes	2 (2,2)
	No momento do nascimento dos dentes de leite	34 (37,0)
	Não sabe	14 (15,2)
O uso prolongado da chupeta é prejudicial para a criança?	Sim	86 (93,5)
	Não	5 (5,4)
	Não sabe	1 (1,1)
Qual a idade limite para o abandono deste hábito?	1 ano	62 (67,4)
	3 anos	13 (14,1)
	6 anos	2 (2,2)
	Não sabe	15 (16,3)

6.5 DISCUSSÃO

Neste estudo observamos que os futuros professores possuem opiniões positivas em relação à Educação em Saúde Bucal (Tabela 1). Da mesma forma, Granville-Garcia et al.⁷ verificaram que 87,8% de sua amostra composta por professores do ensino fundamental, afirmaram que o conhecimento em saúde bucal é importante.

Silva et al.¹⁴ e Santos et al.¹², também observaram percepções positivas em suas respectivas pesquisas, já que os primeiros verificaram que 95% dos professores pesquisados reconhecem a importância da figura do cirurgião-dentista atuando de forma integral nas escolas e os últimos que 100% dos professores acreditam ser interessante a integração entre dentista e professor.

A Educação em Saúde realizada no ambiente escolar pode favorecer o envolvimento da criança para trabalhar e construir novos conhecimentos, facilitando a mudança de atitudes, hábitos e cuidados, na faixa etária pré-escolar, sendo que esse desafio não é exclusivo do cirurgião dentista.²

Os professores de Educação Infantil são tidos como elementos fundamentais na Educação em Saúde Bucal, pois eles conhecem os seus alunos, podem auxiliar na sua abordagem e constituem um elo entre a criança e a família - alertando e orientando sobre a importância de se ter uma boa saúde bucal.^{10, 17}

Uma forma efetiva no desenvolvimento de atividades educativas em escolas ocorre pelo estabelecimento de parcerias entre profissionais de saúde e professores, pois introduz aspectos relacionados à saúde bucal e reforça conteúdos discutidos em sala anteriormente.¹

Entretanto, quando indagadas se durante suas respectivas formações os temas saúde e saúde bucal foram abordados, a maioria dos estudantes respondeu negativamente. De fato as pesquisas evidenciam essa deficiência na formação de professores. Leonello e L'Abbate⁸ analisando o currículo de um curso de

Pedagogia de uma Universidade Pública, verificaram que apenas duas de 73 disciplinas trabalhavam de modo explícito a Educação em Saúde na escola e 65% dos alunos não percebem essa abordagem no currículo. Ferreira et al.⁶ avaliando também concluintes de Pedagogia observaram que apenas 4% haviam adquirido conhecimento sobre saúde bucal durante sua formação.

Nesta perspectiva, o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil³ (RCNEI) determina que as creches devam dispor de um serviço, não somente de cuidados básicos essenciais, mas, sobretudo, da complementaridade entre os conceitos de saúde e de educação como pilares para atenção à criança, que tem esse ambiente como segundo lar.

Para que haja uma educação de qualidade, voltada ao processo de Educação em Saúde, é preciso que os profissionais sejam formados para atuar como agentes centrais do ensino, aprendizagem e cuidado à saúde. Necessita-se formar um profissional cuidador, por meio de observações, discussões e reflexões sobre suas ações cotidianas, especialmente em pré-escolas.¹⁷

Em auto-avaliação, 59,3% e 18,7% dos concluintes de Pedagogia acham que apresentam bom e ótimo conhecimento em saúde bucal, respectivamente. Todavia, em sete das 13 questões referentes ao conhecimento, mais da metade deles responderam de forma incorreta ou não souberam responder, evidenciando que esse conhecimento precisa ser aprimorado.

Um fato que nos chamou a atenção foi o desconhecimento dos acadêmicos sobre o conceito de placa bacteriana. 25,0% não sabiam defini-la e 40,2% a definiram como "restos de alimentos" e/ou "sujeira" nos dentes. Santos et al.¹¹ também perceberam uma confusão no conceito de placa bacteriana entre os professores. Esses autores comentam que tal confusão pode estar relacionada à forma com que os próprios cirurgiões-dentistas abordam esse conceito para

facilitar a comunicação, utilizando os termos “restos alimentares” ou “sujeira” para designar a placa bacteriana.

A maioria dos sujeitos desta pesquisa desconhece ainda, que a melhor maneira de se remover a placa é a escovação e fio dental e 55,4% atribuem essa função à raspagem realizada pelo dentista. Ou seja, eles desconhecem o papel da placa na etiologia da cárie e o papel da escovação na sua prevenção, embora a maioria tenha respondido corretamente como surge a doença.

Mesmo naquelas questões em que a maioria respondeu corretamente, o conhecimento dos concluintes de Pedagogia apresenta muitas limitações, fato esse percebido também em outras pesquisas.^{6, 7, 9, 11, 12, 13, 16}

Um exemplo disso é a resposta correta da maioria sobre as fontes de flúor, mas a não ciência como esse elemento age ao certo. Sabem que a chupeta é prejudicial para o desenvolvimento facial da criança, mas não sabem ao certo a idade limite para o abandono deste hábito.

Embora o tema saúde bucal não ter sido abordado durante a formação da maioria dos acadêmicos participantes deste estudo, muitos deles se sentem aptos a orientar pais e alunos a respeito da dieta e higienização. Todavia, apenas 33,7% responderam corretamente sobre a quantidade ideal de dentifrício a ser utilizado na escovação dos dentes de pré-escolares, alguns deles ainda têm a idéia do consumo restrito do açúcar e muitos não vêem a cárie dentária como doença, ou não sabem que ela é transmissível.

O conhecimento dos futuros educadores se aproxima do senso comum¹⁵, e para educar neste âmbito, o da saúde bucal, é preciso um conhecimento mais sólido sobre a temática, para que os mesmos possam disseminar corretamente esse saber para toda a comunidade escolar.

Ao se implementar estratégias de Educação em Saúde integradas com o sistema educacional, suas unidades de ensino e suas representações políticas, é

necessário considerar como essencial a formação e qualificação dos professores, na expectativa de que essas estratégias fomentem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e promovam mudanças individuais e organizacionais necessárias.¹⁶

6.6 CONCLUSÃO

Os acadêmicos possuem opiniões positivas em relação à Educação em Saúde Bucal, entretanto, observamos que o seu conhecimento sobre a temática é insatisfatório. Acreditamos que a saúde bucal deve estar integrada ao currículo das instituições formadoras de professores, para que além de preparados, eles estejam capacitados para atuarem também como agentes promotores de saúde nas escolas.

6.7 REFERÊNCIAS*

1. Almas K, Al-Malik TM, Al-Shehri MA, Skaug N. The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2003; 24(10): 1087-91.
2. Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. *Cecade News.* 1993; 1(1/2):25-28.
3. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil.* Brasília: Ministério da Educação e do Desporto; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2): 533-5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.* Diário Oficial da União 1996; 10 out.
6. Ferreira JMS, Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(17): 381-8.
7. Granville-Garcia AF, Silva JM, Guinho SF, Menezes V. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. *RGO.* 2007; 55(1): 29-34.
8. Leonello VM, L'Abbate S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. *Interface Comun Saúde Educ.* 2006; 10(19): 149-66.

* Normalização segundo o periódico Revista de Saúde Pública (Anexo F).

9. Morano Jr M, Mialhe FL, Silva CMC, Lido YJVL. Conhecimentos acerca de Saúde Bucal de Estudantes de um Curso de Magistério. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007; 7(2): 131-37.
10. Saliba NA, Saliba O. A educação em saúde oral e a professora primária. *Estomatol Cult*. 1970; 1(4): 83-104.
11. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento dos professores de ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2002; 31(2): 205-14.
12. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003a; 6(33): 389-97.
13. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras*. 2003b; 6(1): 67-74.
14. Silva RP, Morano-Júnior M, Mialhe FL. Professores da rede pública de ensino de Piracicaba: seus hábitos em higiene bucal e sua participação em programas educativo-preventivos. *Odontologia. Clín.-Científ*. 2007; 6(4): 319-24.
15. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 190-5.
16. Vellozo RCADM, Queluz DP, Mialhe FL, Pereira AC. Associação entre as características do profissional do ensino fundamental e seus conhecimentos em saúde bucal. *Ciências & Cognição*. 2008; 13 (3): 70-81.
17. Vieira LJES, Carneiro RCMM, Frota MA, Gomes ALA, Ximenes LB. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de

Fortaleza-Ceará. *Cien Saude Coletiva* [periódico na Internet] 2008 jan
[citado 2009 agosto 31]; [cerca de 13 p.]. Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1902

*A*nexos

ANEXO A

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
GÚLIO DE MESQUITA FILHO
Campus de Aracatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP-

OF. 130/2007
CEP
SFCDB/zi

Aracatuba, 04 de outubro de 2007.

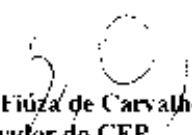
108

Referência Processo FOA 2007-01843

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto "INFLUÊNCIA DE PRÉ-ESCOLARES PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO NAS PRÁTICAS DIÁRIAS DE SAÚDE BUCAL EM SEU AMBIENTE FAMILIAR" expede o seguinte parecer:

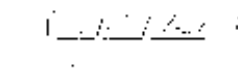
Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado o relatório final em 27/09/2008.


Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma Senhora
Dr.**CLÉA ADAS SALIBA GARBIN**
Aracatuba-SP-

Ciente.De acordo.


Dr.**Cléa Adas Saliba Garbin**

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária -
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Aracatuba - SP
Tel (18) 670-3203 E-mail: director@foa.unesp.br

ANEXO B

Normas para publicação do periódico *International Journal of Dental Hygiene*

1. GENERAL

International Journal of Dental Hygiene publishes full-length research papers, review articles, case reports, project reports, short communications, letters to the editor and professional issues related to dental hygiene and oral health. Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in **International Journal of Dental Hygiene**. Authors are encouraged to visit [Blackwell Publishing Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

109

2. ETHICAL GUIDELINES

International Journal of Dental Hygiene adheres to the below ethical guidelines for publication and research.

2.1. Authorship and Acknowledgements

Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

International Journal of Dental Hygiene adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria authorship should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Authors are responsible for obtaining permission from everyone acknowledged by name because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. Authors are also expected to disclose any commercial or other relationships that could constitute a conflict of interest.

2.2. Ethical Approvals

All studies using human or animal subjects should include an explicit statement in the Material and Methods section identifying the review and ethics committee approval for each study, if applicable. Editors reserve the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

International Journal of Dental Hygiene encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

2.4 Conflict of Interest

Authors are required to disclose any possible conflict of interest. These include financial interests (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee). Author's conflict of interest should be included under Acknowledgements.

2.5 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.6 Copyright Assignment

Authors submitting a paper do so on the understanding that the work and its essential substance have not been published before and is not being considered for publication elsewhere. The submission of the manuscript by the authors means that the authors automatically agree to assign exclusive copyright to Blackwell Publishing if and when the manuscript is accepted for publication. The work shall not be published elsewhere in any language without the written consent of the publisher. The articles published in this journal are protected by copyright, which covers translation rights and the exclusive right to reproduce and distribute all of the articles printed in the journal. No material published in the journal may be stored on microfilm or videocassettes or in electronic database and the like or reproduced photographically without the prior written permission of the publisher.

Correspondence to the journal is accepted on the understanding that the contributing author licences the publisher to publish the letter as part of the journal or separately from it, in the exercise of any subsidiary rights relating to the journal and its contents.

Upon acceptance of a paper, authors are required to assign the exclusive licence to publish their paper to Blackwell Publishing. Assignment of the exclusive licence is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless licence has been assigned. (Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). A completed Exclusive Licence Form must be sent to the address specified on the Exclusive Licence Form, before any manuscript can be published. Authors must send the completed original Exclusive Licence Form by regular mail upon receiving notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the Exclusive Licence Form at submission. Faxing or e-mailing the Exclusive Licence Form does not meet legal requirements.

For questions concerning copyright, please visit [Blackwell Publishing's Copyright FAQ](#)

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Manuscripts should be submitted electronically via the online submission site <http://mc.manuscriptcentral.com/idh>. The use of an online submission and peer review site enables immediate distribution of manuscripts and consequentially speeds up the review process. It also allows authors to track the status of their own manuscripts. Complete instructions for submitting a paper is available online and below. Further assistance can be obtained from the Editor-in-Chief, Marjolijn Hovius at intjdenhyg@inholland.acta.nl

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online Submission Site: <http://mc.manuscriptcentral.com/idh>

*Log-in or, if you are a new user, click on "register here".

*If you are registering as a new user.

- After clicking on "register here", enter your name and e-mail information and click "Next". Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click "Next."

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your areas of expertise. Click "Finish".

*If you are registered as user, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under "Password Help". The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

*Log-in and select "Author Center".

3.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your "Author Center", submit your manuscript by clicking on the submission link under "Author Resources".

*Enter data and answer questions as appropriate. You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter.

*Click the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen.

*You are required to upload your files.

- Click on the "Browse" button and locate the file on your computer.
- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.
- When you have selected all files you wish to upload, click the "Upload Files" button.

*Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your manuscript by sending it to the Journal. Click the "Submit" button when you are finished reviewing.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rft) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance "Figure 1", "Figure 2" to match the name you choose as a tag for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Blinded Review

All manuscripts submitted to **International Journal of Dental Hygiene** will be reviewed by two experts in the field. Upon submission please suggest two suitable reviewers whom you consider capable of reviewing your manuscript in an unbiased way. **International Journal of Dental Hygiene** uses single blinded review. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper.

3.5. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the "Submit" button and save it to submit later. The manuscript can then be located under "Unsubmitted Manuscripts" and you can click on "Continue Submission" to continue your submission when you choose to.

3.6. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.7. Manuscript Status

You can access Manuscript Central any time to check your "Author Center", your mails in the "Audit Trail" as well as the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.8. Submission of Revised Manuscripts

To upload a revised manuscript, locate your manuscript under "Manuscripts with Decisions" and click on "Submit a Revision" Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Articles: related to dental hygiene. Original articles should be structured as specified below.

Review Articles: on recent development in areas covered by the **International Journal of Dental Hygiene** as well as selected topics may be solicited by the Editor-in-Chief. Suggestions are welcomed in the form of a one-page synopsis addressed to the Editor-in-Chief. Review articles must be exhaustive and should include appropriate reference to the literature. Review articles will go through the usual peer-review process before a final decision regarding publication is made.

Case Reports: will be accepted only if they deal with a clinical problem that has been studied in detail and if the resulting data contain novel information and provide material for future research. Such reports must be instructive. Routine case reports are not acceptable. This material should not exceed 4 printed pages in length including references and no more than 3 tables or figures.

Short Communications: Short papers not exceeding half a printed page (approximately 350 words) may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and research workers. In contrast to original articles, short communications will not be sent out for formal external review (though the editor reserves that right).

Letters to the Editor: Letters, which do not undergo editorial revision except for language correction, are normally accepted as stimulating comment on current issues, especially relating to material recently published in the journal. Letters may contain one table or figure and should not be more than 500 words. The editors reserve the right to edit letters for clarity. A title must accompany the letter.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. A list of independent suppliers of editing services can be found at www.blackwellpublishing.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: Only abbreviations and symbols that are generally accepted should be used. Unfamiliar ones must be defined when first used.

Font: Begin each manuscript component (title page, abstract, etc.) on separate pages. The pages of the manuscript, beginning with the title page, should be numbered consecutively. All sections of the manuscript must be double-spaced.

5.2. Structure

All manuscripts submitted to **International Journal of Dental Hygiene** should include title page, abstract, main text, references and tables, figures, figure legends and acknowledgements as appropriate:

Title Page: should contain an informative title, author(s) names and their affiliations. Name, address, telephone and fax numbers and e-mail address of the corresponding author. If the title exceeds 40 characters (letters and spaces) a running title of no more than 40 characters must be supplied. Financial support should be acknowledged as a footnote to the title. Also provide 3-10 key words that will assist indexers in cross-indexing the article. Use terms from the Medical Subject Headings list from Index Medicus whenever possible.

Abstract: should not exceed 250 words and should be arranged in a structured fashion (to include objectives, methods, results and conclusions.) It should state the purpose of the study, basic procedures (study subject/patients and methods), main findings (specific data and statistical significance), and principal conclusions.

Main Text of Original Articles should include introduction, study population and methodology, results and discussions.

Introduction: Present the background briefly, but do not review the subject extensively. Give only pertinent references. State the specific questions you want to answer.

Study population and methodology: Describe selection of study population including controls. Identify methods, apparatus (manufacturer(s) name and address), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Detailed descriptions of standard procedures are not required; literature references will usually suffice. Identify drugs and chemicals, including generic name, dosage and route(s) of administration. The authors accept full responsibility for the accuracy of the whole content, including findings, citations, quotations and references contained in the manuscript. In all reports of original studies with humans, authors should specifically state the nature of the ethical review and clearance of the study protocol. Informed consent must be obtained from human subjects participating in research studies.

Results: Present results in logical sequence in tables and illustrations. In the text, explain, emphasize or summarize the most important observations.

Discussion: Do not repeat in detail data given in the Results section. Emphasize the new and important aspects of the study. Relate the observations to other relevant studies. On the basis of your findings (and others) discuss possible implications/conclusions.

Acknowledgements: Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Authors are responsible for obtaining permission from everyone acknowledged by name because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. Authors are expected to disclose any commercial or other relationships that could constitute a conflict of interest.

5.3. References

The Journal follows the Vancouver referencing system. Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in text, tables and legends by Arabic numerals (in parentheses). All references cited, and only these, must be listed at the end of the paper. References should be according to the style used in Index Medicus and the International List of Periodical Title Word Abbreviations (ISO 833). All authors must be listed. Please read more about the Vancouver reference style at:

www.blackwellpublishing.com/authors/reference_text.asp?site=1

We recommend the use of a tool such as [EndNote](#) or [Reference Manager](#) for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp

Examples:

Standard journal articles

1. International Steering Committee. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997; 336: 309.
2. Carl DL, Roux G, Matacale R. Exploring dental hygiene and perinatal outcomes. Oral health implications for pregnancy and early childhood. *AWHONN Lifelines* 2000 Feb-Mar; 4(1):22-7.

Books

3. Koch G., Poulsen S. Pediatric Dentistry: a clinical approach. Copenhagen: Munksgaard, 2001.

Chapter in a book

4. Bergenholtz G, Hasselgren G. Endodontics and Periodontics. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, editors. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Copenhagen: Munksgaard, 1997: 296-326.

Proceedings

5. Schou, L. Behavioral aspects of dental plaque control measures: An oral health promotion perspective. In: Lang, NP, Attström, R, Løe, H, editors. Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control, Quintessence, 1998: 287-99.

5.4. Tables, Figures and Figure Legends

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals. Type each table on a separate sheet, and provide clear descriptive titles.

Figures: should preferably fill a single-column width (81 mm) after reduction, although 2/3-page width (112 mm) or full-page width (168 mm) will be accepted if necessary. Magnifications should be indicated in the legends rather than inserting scales on prints. Line drawings should be professionally drafted and photographed; halftones should exhibit high contrast. For further details on supplying artwork, go to the resources section of the author services website. Unless a special arrangement is made in advance, submitted materials will not be returned to authors. The Editors and Publisher reserve the right to reject illustrations or figures based upon poor quality of submitted materials.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Blackwell Publishing's guidelines for figures:
www.blackwellpublishing.com/bauthor/illustration.asp.

Check your electronic artwork before submitting it: www.blackwellpublishing.com/bauthor/eachecklist.asp

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Figure Legends: should be typed double-spaced in consecutive order on a separate page. They should be brief and specific. If micrographs are used, information about staining methods and magnification should be given.

6. CHECKLIST FOR AUTHORS

- Name and e-mail address of 2 suggested reviewers
- Title page includes: Title, author(s) and affiliation(s), address, telephone and fax numbers of the corresponding author and keywords
- Article double-spaced
- Structured abstract
- Introduction
- Study population and methods
- Results
- Discussion
- Acknowledgements
- References
- Tables
- Figure legends
- Figures
- Permission to reproduce any previously published material and patient permission to publish photographs
- Authors must make sure that their article is written in idiomatic English and that typing errors have been carefully eliminated.

7. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal.

7.1 Proof Corrections

The corresponding author will receive an email alert containing a link to a website. A working email address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site.

Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs. Proofs must be returned to the Production Editor within three days of receipt. As changes to proofs are costly, we ask that you only correct typesetting errors. Excessive changes made by the author in the proofs, excluding typesetting errors, will be charged separately. Other than in exceptional circumstances, all illustrations are retained by the publisher. Please note that the author is responsible for all statements made in his work, including changes made by the copy editor.

7.2 Online Production Tracking

Online production tracking is available for your article through Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit www.blackwellpublishing.com/bauthor/ for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

7.3 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Blackwell Publishing will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the editorial office or production editor as soon as possible if you have not yet done so.

7.4 Offprints

A PDF offprint of the online published article will be provided free of charge to the corresponding author, and may be distributed subject to the Publisher's terms and conditions. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields: [Offprint.Cosprinters](#). If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com

7.5 Author Services

For more substantial information on the services provided for authors, please see [Blackwell Publishing Author Services](#)

ANEXO C

Artigo publicado no periódico International Journal of Dental Hygiene

ORIGINAL ARTICLE

CAS Garbin
AJI Garbin
KT dos Santos
DP Lima

Oral health education in schools: promoting health agents

117

Authors' affiliations:

Claudia A. S. Garbin, Antônio José I. Garbin,
Karina T. dos Santos, Daniela P. Lima,
Department of Pediatric and Preventive
Dentistry, Aracaju School of Dentistry,
UNESP-São Paulo State University,
Aracaju, SP, Brazil

Correspondence to:

Claudia Adas Saliba Garbin
Department of Pediatric and Social
Dentistry
Aracaju School of Dentistry
UNESP-São Paulo State University
Rua José Bonifácio, 1193
Aracaju
16015-050 SP
Brazil
Tel: 55 (18) 3636 3249
Fax: 55 (18) 3636 3332
E-mail: cgarbin@ua.com.br

Abstract: Purpose: The aim of this study was to verify the influence of preschool children participating in an oral health education programme on daily health practices of their families, through parent's perception. Methods: A sample of 119 parents of 5- to 6-year-old preschool children were selected. Data were collected using a structured open-closed questionnaire, self-administered. The questions focused on parents' knowledge about activities of oral health education conducted in school, the importance given by them to these activities, learning from their offspring and the presence of habit change at home. Results: In total, 63 (52.9%) parents agreed to participate. Ninety-eight per cent knew about educative and preventive activities developed at school and all of them affirmed that these activities were important, mainly because of knowledge, motivation and improvement in children's health. Ninety and half per cent of parents reported that they learned something about oral health from their children and, among these, almost half (47.9%) cited toothbrushing as the indicator for better learning. Besides this, 87.3% of participants revealed the change in oral health habits of their family members. Conclusion: Preschool children were able to transmit knowledge acquired at school to their parents that included change in oral health routine of their family members.

Key words: dental health education; health promotion; preschool child; preventive dentistry

Date:

Accepted 18 September 2009

To cite this article:

Int J Dent Hygiene 7, 2009; 212-216
Garbin CAS, Garbin AJI, dos Santos KT,
Lima DP: Oral health education in schools:
promoting health agents

© 2009 The Authors
Journal compilation © 2009 Blackwell Munksgaard

212 | Int J Dent Hygiene 7, 2009; 212-216

Introduction

Educative and preventive actions consist of excellent measures for oral diseases protection. However, these is still limited

knowledge in some populations, mainly in those at low socioeconomic level, about the prevention of these diseases (1, 2). The Brazilian epidemiological situation is still serious, because of the socioeconomic condition of the population, lack of health resources in public field and lack of information about basic health care (3).

In Brazil, the prevalence of childhood caries is a public health problem, as it was verified that 26.85% of children aged 18–36 months and 59.37% of children aged 5 years have caries (4). Dental caries on primary dentition can be reflected not only on children's oral health, through a higher probability of developing subsequent caries on permanent dentition, but also on general health (5). Children with caries can have a slower growth when compared with children without it and some of them can present low weight because of the association with pain during eating (6).

For this reason, educative and preventive action for this group is important as the group consists of infants with the aim of promoting learning of healthy habits and decreasing caries and periodontal disease rates and the decline in disease risk in the future.

Accordingly, to promote oral health, the education is one of the fundamentals, especially because the child looks for training and encouragement for assuming responsibility for his own health and for his participation in community life. Education through this way is to stimulate development of skills, aptitude formation and creation of values, which lead the subject to act positively in relation to his oral health and other people's oral health on a daily basis.

Oral health education for children is considered a priority because of the caries high risk at this age (4), as well as the constant changes in oral environment, the facility for changing bad habits and provision of higher facility for learning.

Educating the children, because of its coverage, is an important ally for the concretization of health promotion actions directed to the improvement in children's skills, for making decision favourable to community, for the creation of healthy environment and consolidation of public policies for the quality of life (7). Taking into consideration that more than 1 billion of children in the world go to schools, these are ideal locations for conducting educational programmes, which are instrumental in formation of behaviours and values that lead to healthy practices, besides getting together children in different age groups facilitating adoption of educative and preventive measures (8, 9).

The importance of oral health education programmes in schools is reported by some authors, predominantly in the form of positive learning and behaviour in children (10, 11). Many

studies evaluated the Oral Health Education Programmes, showing the relationship between oral health condition and knowledge and attitudes about oral health of students (12–16).

However, there is little information in the literature on the fact that there are conditions for children to apply in their routine what they learned in school and that they can behave as health agents in the family environment (17).

For a child to be able to influence his parents and his family and for the programme to reach its objectives, some point related to teaching-learning process must be observed. The educative action starts with the needs of children, consideration of some specific cultural characteristics and social differences and the children's distinct desires.

Thus, the aim of this study was to verify the influence of preschool children participating in educative and preventive activities of an oral health education programme on daily oral health practices of their family, through their parent's perception.

Methods

This cross-sectional study, using qual and quantitative analysis, was approved by UNESP-São Paulo State University (Brazil) – Araçatuba School of Dentistry's ethical review board (protocol number FOA 2007-00843).

To define the sample, 119 of preschool children, aged 5–6 years were considered for participation in an oral health education programme, and consequently, the same number of parents or people responsible for the children were invited to participate.

This oral health education programme for preschool children was developed by undergraduate and graduate students and professors of Dentistry graduation course of Araçatuba School of Dentistry, UNESP-São Paulo State University, Brazil. This study proposal arose from the necessity of transmitting the oral knowledge to children universally, with the aim of promoting health and improving the oral health care, especially because Brazil did not achieve for this age range, the WHO oral health goals for year 2000.

The programme's main objective was to offer to preschool children the development of their cognitive abilities (imitation, imagination, rules, reality changing, access and amplification of previous knowledge), emotive abilities (establishment of affective links, the expression of feelings, trust relationship, especially between student and teacher, which involves collaboration and motivation) and psychomotor abilities (mechanical actions of students through training and execution of activities, for example, plaque control through toothbrushing).

The first step of the programme consisted of training the undergraduate students. Group meetings were conducted together with professor and postgraduate students. The way of dealing with children, proper language related to each age range, the instruments and themes that would be addressed were discussed in these meetings. Later, workshops were conducted where didactic materials were developed and used in the programme activities.

The themes frequently discussed in the educative process involve basic subjects, such as importance of oral health, relationship between general and oral health, dental plaque – what it is, how it is formed and its consequences, how to remove it; hygiene habits, such as toothbrushing, flossing; diet habits, relationship between diet and dental caries; fluoride and deleterious habits (non-nutritive sucking habits – pacifiers and thumb sucking). New subjects were discussed according to the needs and reality of children. The programme was not 'static'; instead, the undergraduate students had the liberty of choosing how they would address the subject with children, but they always discussed the basic content.

The programme also covered preventive actions, such as dental plaque visualization with the aim of motivating the kids and supervised toothbrushing every week. Didactically, we explored with emphasis the dramatizations, drawings and paintings, music, audio-visual means and playing activities, which were used a great deal during the teaching-learning process.

Data were collected through a structured open-closed questionnaire, self-administered and especially elaborated for this research. The questionnaire presented questions related to parent's knowledge about oral health activities conducted in the school, importance given by them to these activities, learning from their offspring and the presence of habit change at home. All parents enrolled in this study signed the informed consent form.

For quantitative analysis, we used the software, SPSS version 32 (18) for Windows[®], through frequency and percentages distribution. The qualitative analysis was performed through content analysis, by means of categories analysis technique (19).

Results

Of 119 parents, 63 (52.9%) agreed to participate in the study. Table 1 shows the subjects' dichotomized answers for questions related to the proposed theme. The affirmative answers to questions 2, 3 and 4, shown on chart 1, were categorized. All parents reported that oral health educative and preventive activities conducted in school were important and when asked about the reason for this importance, they cited more often ($n = 28$) their child's acquired learning (Table 2).

Parents who reported that they learned something about oral health with their children ($n = 57$) cited toothbrushing as the major learning factor (Table 3). Those parents who positively answered about habit change in their family ($n = 55$) reported more often ($n = 25$), the increase in interest as regards taking care of their teeth by the children themselves (Table 4).

Discussion

Education was reported on Ottawa Letter as one of fundamental points for the population's health promotion. Not only formal education but also all educative measures providing reformulation of habits, acceptance of new values and stimulation of creativity were considered (20).

Schools were described by World Health Organization as the ideal location for development of educative health programmes, as they integrate the society, i.e. students' relatives, teachers and the community (21). It was evident in this study, where 87.3% of the parents who answered the questionnaire

Table 1. Frequency and percentage distribution of dichotomized answers (yes/no) of parents of preschool children, Brazil, 2007

Questions	Answers					
	Yes			No		
	n	%	Confidence intervals	n	%	Confidence intervals
Do you know about the oral health educative and preventive activities conducted in your child's school?	62	98.40	91.5–100.0%	1	1.6	0.0–8.5%
In your opinion, are these activities important?	63	100.00	94.3–100.0%	0	0	–
Did you learn something related to oral health from your child?	57	90.50	80.4–96.4%	6	9.5	3.6–19.6%
Do you think there has been some change in oral habits of your family members?	55	87.30	76.5–94.4%	8	12.7	5.6–23.5%

Table 2. Distribution of absolute and percentage frequency of categories related to affirmative answers given by parents about the importance of oral health educative and preventive activities conducted in their children's school, Brazil, 2007

Categories	Frequency	
	n	%
Learning – 'Because it (the programme) teaches them a lot of things that we don't have time to teach at home'	28	44.44
Motivation – 'Because with these activities they want to take more care of their oral health'	14	22.22
General health – 'Because it (the programme) teaches children how to live and grow up healthy and with dignity. I think it is an excellent beginning and for sure with great results'	10	15.88
Prevention – 'It prevents oral problems'	6	9.52
No answer	5	7.94
Total	63	100.00

Table 3. Distribution of absolute and percentage frequency of categories related to affirmative answers given by parents about oral health learning with their children, Brazil, 2007

Categories	Frequency	
	n	%
Toothbrushing – 'We must brush our teeth three times a day'	27	47.37
Take care of teeth – 'We should take care of teeth more'	10	17.54
Dental floss use – 'About the importance of dental floss use'	4	7.00
Flossing and toothbrushing – 'That toothbrushing and flossing are very important for tooth health'	4	7.02
Diet – 'Don't eat a lot of candies'	1	1.75
Others – 'To turn off the water while toothbrushing'	3	5.27
No answer	8	14.03
Total	57	100.00

Table 4. Distribution of absolute and percentage frequency of categories related to affirmative answers given by parents about change in oral health habit in the family environment due to their children, Brazil, 2007

Categories	Frequency	
	n	%
Better teeth care – 'He asks to toothbrush, so everybody at home will do it too'	25	45.45
Hygiene improvement – 'Hygiene is better'	7	12.73
Habit change – 'Now we brush at the right time and floss'	12	21.82
Undefined – 'Lots of things'	6	10.90
No answer	5	9.10
Total	55	100.00

reported some change in their family habits, which showed the involvement of all family members in the educative process.

A school educative programme should have the objective of promoting health leading to a change, when necessary, in health beliefs, aptitudes and behaviours (7). It should also consist of games that improve children skills, stimulate imagination, co-operation and understanding and facilitate how to respect, explore and increase the experiences of all children when they start going to school (22).

It's scientific the importance of Education Health Programmes on primary schools, on acquisition of new knowledge, as well as on reduction of oral health disease rates (10, 23–25). In this study, learning by children on oral health could be verified, through the possibility they had of transmitting this knowledge to their parents, as 90.5% of the parents who answered the questionnaire reported that they learned something about oral health from their children.

Menezes (26), analysing family participation on oral health promotion of children in an educative and preventive programme conducted in a public school in Brazilian Northeast, verified that 95% of parents knew about oral health procedures carried out in schools, although they did not know precisely their period and importance. Besides this, all interviewed relatives demonstrated a high degree of satisfaction and emphasized the importance of participating in dental care of students. These results are similar to the findings of present study, which showed 98.4% of parents knowing about activities developed at school and all affirming the importance of these activities, principally because of learning, motivation and children health.

One of the biggest difficulties observed on conduct of oral health education programme is the hope individuals have on learning new habits or modifying their habits in relation to oral hygiene care (27). However, it was verified in this study, through parent's perception, that children enrolled in this programme increased their interest on teeth care, influencing family habit change. Besides this, children can reproduce at home what they have learned at school, which was clear from the parents' response when asked about what they learned from their children.

Nevertheless, to reach the objectives proposed for an educative programme, for children to learn and be able to influence their familiar environment, teaching must be established based on children's needs and centred on a participative problem-solving and motivator methodology. Children have to be motivated, which means that the educator must stimulate interest for the subject.

Thus, for the conduct of educative programme for preschool children, it is essential that the dentist, as part of his instructor

functions, knows beyond the technical knowledge, acts as a health agent, knows social sciences and psychology, makes teachers act as health agents and uses didactic resources, principally playing activities.

It is valuable to highlight the importance of involvement of dental students in oral health education programmes, because these programmes offer the opportunity for learning in the field of health education, conduct of research on children health and strengthen the relationship between the university and the community. These experiences have a great value, as outside the traditional academic environment, the dental student has the opportunity to develop sensibility and social responsibility, through a more active participation in the community (24).

It could be verified, through parents' perception, that pre-school children were able to transmit knowledge acquired in school to their relatives, changing their family oral health routine. Thus, the importance of conducting educative programmes about oral health to children in schools is emphasized, with the aim of promoting oral health to all family members.

References

1. Rajulu LD, Petersen PE, Bakken G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 168-176.
2. Amorim TM, Branson DK, Martinez MF, Christensen M, O'Connell J. Expanding school-based sealant programs to realize treatment cost savings in Colombia. *J Dent Hyg* 2007; 4: 88.
3. Paulus ARC, Percin MLT, Cyrino EG. Oral health: a critical review about educative programmes for students. *Cim Saúde Cole* 2004; 9: 121-130.
4. Ministry of Health. *Oral Health Brazil 2003 Project (SB Brasil 2003). Oral Health Conditions of Brazilian Population. Main Results*. Brasília: Ministry of Health, 2007, 52.
5. Dewey TF, Hanowitz AM, Ismail AI, Mazzoni MP, Rozier RG, Seiwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes: a report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. *J Public Health Dent* 1999; 59: 192-197.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. *Clinical Guideline on Baby Bottle Tooth Decay/Early Childhood Caries/Breastfeeding/Early Childhood Caries: Unique Challenges and Treatment Options [Internet]*. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry, 2002, 2. Available at: http://www.aapd.org/member/cf/forparentsannual/pdf/Baby_Bottle_TDDEC.pdf (accessed on 8 April 2008).
7. Ministry of Health, Brazil. Health promotion on school context. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 533-535.
8. Legler LS. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int* 2001; 16: 197-205.
9. Mats U, Lievens J. Can school make a difference? A multilevel analysis of children's risk and health behaviour. *Soc Sci Med* 2003; 56: 517-529.
10. Ohara S, Kawaguchi Y, Shimada K, Suzuki Y. Evaluation of school-based dental health activities including fluoride mouth-rinsing in Hiogo, Japan. *J Med Dent Sci* 2000; 47: 133-141.
11. Jenkins SR, Georik KV. A rural school-based oral health program. *J Dent Hyg* 2006; 1: 26.
12. Hatachi Y, Axiboom P, Oliveira L, Meyer M, Gjermo P. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 41-46.
13. Kinabiy CG, Palm L, Widenheim J. Evaluation of information on dental health care at child health centers: differences in educational level, attitudes and knowledge among parents of preschool children with different caries experience. *Acta Odontol Scand* 1991; 49: 289-295.
14. Peng B, Petersen PE, Fan MW, Tai HJ. Oral health status and oral health behavior of 12-year-old urban schoolchildren in the People's Republic of China. *Community Dent Health* 1997; 14: 238-244.
15. Petersen PE. Oral health behavior of 6 year-old Danish children. *Acta Odontol Scand* 1992; 50: 57-64.
16. Van Paikentien Heldebrandt WH, Manick L, Mahendrawati S, van't Hof MA, Meema FG. Effect evaluation of an oral health education programme in primary schools in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 296-300.
17. Ewan SL, Petersen EP, Pine CM, Annesley B. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 677-685.
18. CDC. *Epi Info 3.2.2 Software [Computer Program]*. Atlanta, GA: CDC, 2004.
19. Bland J. *Medical Statistics*. London, Edinger 70, 1994.
20. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. *J Health Promot* 1986; 1: 1-4.
21. World Health Organization. Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes. In: *Report of the School Working Group and the WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1996.
22. Wajsborg G. *Playing at Preschool*. [in portuguese]. São Paulo, Context, 1995.
23. Pankaj G, Sehgal M, Mittal R. Evaluating the effectiveness of school-based dental health education program among children of different socio-economic groups. *J Indian Soc Paediatr Prev Dent* 2005; 23: 131-133.
24. Locker D, Franta C, Murray H, Wiebe D, Wiebe P. Identifying children with dental care needs: evaluation of a targeted school-based dental screening program. *J Public Health Dent* 2004; 64: 61-70.
25. Vanschoyben J, Declercq D, Mwañali S, Matens L. The effectiveness of a 6-year oral health education programme for primary schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 173-182.
26. Menezes AF. *Family Participation on Oral Health Promotion on Students of Reimundo Feres School - CUC, Trained by Family Health Program (PSF) - GAR, in 2002, Sobral City - Ceará (Brazil)*. Sobral, Vale do Acaraú State University, 2004, 81. Available at: <http://www2014.uac.br/boletim/defamilia/doweb/aulas/monografia/monografia/Adriana-Ferreira.pdf> (accessed on 8 April 2008).
27. Antieri RM, Gabin CAS, Santos CA, Takami RV, Goulart PE. The influence of the motivation and of the supervised brushing in habits of oral hygiene in Brazilian preschoolers. *Acta Odontol Bras* 2007; 5: e12. Available at: http://www.acadodemlogica.com/publicacao/2007/4/epidemiologia_sobre_habitos_higieniz.asp (accessed on 8 April 2008).

ANEXO D

Normas para publicação do periódico Ciência & Saúde Coletiva



Instruções para Colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versam sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade trimestral, tem como propósito enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas" da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apuracj.pt/document/11479/45062.pdf. Incentivamos-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debates: encaminhado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que também crítica/comentários assinados de vários especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos temáticos: revista crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisa, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos. **Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistados matizados com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro encaminhado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica à revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes do campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e ilustra-

ção; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do mesmo Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Hólmique da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os comentários e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a precisão das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento de a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração quantitativa de um fato e suas variações), figuras (demonstração essencial de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, que não deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o processo de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho das mapas. Se for impossível salvar nesses forma-



tos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BME que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BME salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que foram sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de 'Imaturidade do PSF' " ... ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos mínimos para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmjs.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo patríio (inclua até 6 autores, seguidos de et al. se exceder a esse número) Peligrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86. Maximiano AA, Fernandes RD, Nunes PP, Assis ME, Matos RV, Barbosa CGS, et al. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saú-

de humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Rosenberger W, Fischer PA. Melanoma in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cochetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DDE/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PNA. exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of BMC and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Corra MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12. Lee C. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A.3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-War Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFE, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculotomia com milomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Aq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Vilasco e Cruz AA, Cavakato R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Aq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.aboanet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRE, Malbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Meslin D 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO E

Normas para publicação do periódico *International Journal of Paediatric Dentistry*

Content of Author Guidelines: [1. General](#), [2. Ethical Guidelines](#), [3. Manuscript Submission Procedure](#), [4. Manuscript Types Accepted](#), [5. Manuscript Format and Structure](#), [6. After Acceptance](#).

Relevant Documents: [Sample Manuscript](#), [Exclusive Licence form](#)

Useful Websites: [Submission Site](#), [Articles published in *International Journal of Paediatric Dentistry*](#), [Author Services](#), [Blackwell Publishing's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#).

124

1. GENERAL

International Journal of Paediatric Dentistry publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, clinical techniques, brief clinical reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in *International Journal of Paediatric Dentistry*. Authors are encouraged to visit [Blackwell Publishing Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

In June 2007 the Editors gave a presentation on **[How to write a successful paper](#)** for the *International Journal of Paediatric Dentistry*.

2. ETHICAL GUIDELINES

2.1 Authorship and Acknowledgements

Authorship: Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

International Journal of Paediatric Dentistry adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria authorship should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley-Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate

2.2. Ethical Approvals

Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A CONSORT checklist should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

2.4 DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations

Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

2.5 Conflict of Interest and Source of Funding

Authors are required to specify the source of funding for their research when submitting a paper. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included. Authors are also required to disclose any possible conflict of interest. These include financial conflict of interest (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee). The information should be disclosed under Acknowledgements.

2.6 Appeal of Decision

Authors who wish to appeal the decision on their submitted paper may do so by emailing the editorial office with a detailed explanation for why they find reasons to appeal the decision.

2.7 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.8 Copyright Assignment

Authors are no longer required to assign copyright in their paper. Instead authors are required to assign the exclusive licence to publish their paper to Blackwell Publishing, BSPD and the IAPD. Assignment of the exclusive licence is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless licence has been assigned. (Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). A completed Exclusive Licence form (ELF) must be received by the Production Editor, before any manuscript can be published. Authors must send the completed original ELF by regular mail upon receiving notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the ELF at submission. Faxing or e-mailing the ELF does not meet requirements.

The ELF should be mailed to:

Donald Villamero
 Production Editor
 Wiley-Blackwell
 Wiley Services Singapore Pte Ltd
 600 North Bridge Road
 #05-01 Parkview Square
 Singapore 188778
 or scanned by email to ipd@wiley.com

Correspondence to the journal is accepted on the understanding that the contributing author licences the publisher to publish the letter as part of the journal or separately from it, in the exercise of any subsidiary rights relating to the journal and its contents.

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should be submitted electronically via an online submission site. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support is available by phone (+1 434 817 2040 ext. 167), <http://mcv3support.custhelp.com>. If you cannot submit online, please contact Isabel Martinez in the Editorial Office by telephone (+44 (0)1865 476519) or by e-mail IPDedoffice@wiley.com

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online submission site: <http://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>

*Log-in or, if you are a new user, click on 'register here'.

*If you are registering as a new user.

- After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.

*If you are already registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under 'Password Help'. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

*Log-in and select 'Author Center'.

3.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your 'Author Center', submit your manuscript by clicking on the submission link under 'Author Resources'.

* Enter data and answer questions as appropriate.

* You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter.

Please note that a separate *Title Page* must be submitted as part of the submission process as a 'Supplementary File Not for Review' and should contain the following:

- Word count (excluding tables)
- Authors' names, professional and academic qualifications, positions and places of work. They must all have actively contributed to the overall design and execution of the study/paper and should be listed in order of importance of their contribution

- **Corresponding author address, and telephone and fax numbers and email address**

*Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.

*You are required to upload your files.

- Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.

- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.

- When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

* Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal.

Click the 'Submit' button when you are finished reviewing.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rft) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Review Process

The review process is entirely electronic-based and therefore facilitates faster reviewing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by experts in the field (generally two reviewers), and the Editor-in-Chief makes a final decision. *The International Journal of Paediatric Dentistry* aims to forward reviewers' comments and to inform the corresponding author of the result of the review process. Manuscripts will be considered for 'fast-track publication' under special circumstances after consultation with the Editor-in-Chief.

3.5. Suggest a Reviewer

International Journal of Paediatric Dentistry attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript and their area of expertise. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well.

3.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

3.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.8. Manuscript Status

You can access ScholarOne Manuscripts any time to check your 'Author Center' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.9. Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Articles: Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. The summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words. A brief description, in bullet form, should be included at the end of the paper and should describe What this paper adds and Why this paper is important to paediatric dentists.

Review Articles: may be invited by the Editor.

Short Communications: should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges.

Brief Clinical Reports: Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. In contrast to original articles, contributions to this section will not undergo peer-review but will be assessed by the editorial team. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Comment** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.

Letters to the Editor: Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

5.2. Structure

The whole manuscript should be double-spaced, paginated, and submitted in correct English. The beginning of each paragraph should be properly marked with an indent.

Original Articles (Research Articles): should normally be divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

Summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions.

Introduction should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.

Material and methods should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

(i) Experimental Subjects: Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(ii) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(iii) DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

Results should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.

Discussion section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.

Bullet Points should include two headings:

*What this paper adds and

*Why this paper is important to paediatric dentists.

*Provide maximum 3 bullets per heading.

Review Articles: may be invited by the Editor. Review articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b) inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see:

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355.

Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

130

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges. They should conform to highest scientific and clinical practice standards.

Short Communications: Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double spaced text, and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

5.3. References

A maximum of 30 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). They should be identified in the text by bracketed Arabic numbers and listed at the end of the paper in numerical order. Identify references in text, tables and legends. Check and ensure that all listed references are cited in the text. Non-refereed material and, if possible, non-English publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. References to unpublished findings and to personal communication (provided that explicit consent has been given by the sources) may be inserted in parenthesis in the text. Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Kronfol NM. Perspectives on the health care system of the United Arab Emirates. *East Mediter Health J.* 1999; 5: 149-167.
2. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.
3. Al-Mughery AS, Attwood D, Blinkhorn A. Dental health of 5-year-old children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 308-309.
4. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 31-36.

If more than 6 authors please, cite the three first and then et al. When citing a web site, list the authors and title if known, then the URL and the date it was accessed (in parenthesis). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add (in press). Please ensure that all journal titles are given in abbreviated form.

We recommend the use of a tool such as [EndNote](#) or [Reference Manager](#) for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp.

5.4. Illustrations and Tables

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines

Figures and illustrations: All figures should be submitted electronically with the manuscript via ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central). Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered accordingly with Arabic numerals. Avoid 3-D bar charts.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Blackwell Publishing's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachecklist.asp>.

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Colour Charges: There is no colour charge in the journal.

Extra issues: Congress proceedings or clinical guidelines may be published as additional issues. A condition is that the proposed supplement is deemed to have a significant scientific value. Further information may be obtained from the Editor-in-Chief.

6. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal.

6.1. Proof Corrections

The corresponding author will receive an email alert containing a link to a web site. A working email address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site. Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site:

www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html

This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs. Proofs must be returned to the Production Editor within three days of receipt.

As changes to proofs are costly, we ask that you only correct typesetting errors. Excessive changes made by the author in the proofs, excluding typesetting errors, will be charged separately. Other than in exceptional circumstances, all illustrations are retained by the publisher. Please note that the author is responsible for all statements made in his work, including changes made by the copy editor.

132

6.2 Early Online Publication Prior to Print

International Journal of Paediatric Dentistry is covered by Blackwell Publishing's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so Early View articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

6.3 Online Production Tracking

Online production tracking is available for your article through Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

6.4 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Blackwell Publishing will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the Editorial Office (IPDedoffice@wiley.com) or Production Editor (ipd@wiley.com) as soon as possible if you have not yet done so.

6.5 Offprints and Extra Copies

A PDF offprint of the online published article will be provided free of charge to the corresponding author, and may be distributed subject to the Publisher's terms and conditions. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields: [Offprint.cosprinters](#). If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com. The corresponding author will be sent a complimentary copy of the journal in which the paper is published.

6.6 Author Services

For more substantial information on the services provided for authors, please see [Blackwell Publishing Author Services](#)

ANEXO F

Normas para publicação do periódico Revista de Saúde Pública

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no **formato estruturado**, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego

Informações complementares

- Devem ter até **1.500 palavras** (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) **uma tabela ou figura** e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até **100 palavras**.

ARTIGOS DE REVISÃO

134

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até **4.000 palavras**.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até **2.000 palavras**, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003; 17(4): 1095, DOI: 10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1): 34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os

autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

138

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).

5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria".
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais