



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Campus de Araçatuba
Departamento de Ciências Básicas

Najla Freitas Fauze Bazzi

A promoção em saúde Bucal pode mudar
os hábitos de uma criança ainda em
formação?

Araçatuba-SP

2014

Najla Freitas Fauze Bazzi

A promoção em saúde Bucal pode mudar os hábitos de uma criança ainda em formação?

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof^a. Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba-SP

2014

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Fauze e Arilney que me prepararam desde criança com a educação, tranquilidade e sabedoria necessária para eu chegar até aqui da forma que estou chegando. Aos meus irmãos, Kasserine, Amira e Fauze pela linda história de amor, união e amizade que vivemos desde nosso nascimento. Ao meu sobrinho Enzo que me apresentou o grandioso amor de tia. Ao meu namorado, João que me provou diariamente que o amor existe e que para estarmos juntos precisávamos de calma para vencer o tempo. Aos meus cunhados e a todos os meus tios, primos e avós, que juntos compõe meu bem maior, minha família. Dedico também aos meus parceiros Juliana e Carlos Henrique que acreditaram e confiaram em meu potencial, abrindo as portas do futuro maravilhoso que irei enfrentar.

Agradecimentos Especiais

A Deus, em primeiro lugar, que me iluminou e me fez forte em todos os momentos difíceis que enfrentei até chegar aqui.

À minha querida, amável e amiga professora orientadora Cléa Adas Saliba Garbin, por seus ensinamentos, carinho e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A Ana Carolina Fagundes Freire, por sua paciência, confiança e amizade que me fez despertar o olhar humano e sensível da profissão.

A todos meus amigos, e em especial aos da Turma 11, que diariamente me apoiaram nessa caminhada, alegraram minhas noites e acompanharam com muita amizade em cada batalha vencida.

Agradecimentos

À UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela oportunidade de realizar este curso.

À Diretora da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Adj. Ana Maria Pires Soubhia e ao Vice-Diretor Prof. Titular Wilson Roberto Poi, pelo apoio.

A todos meus professores, por todos os ensinamentos ministrados, tornando-se importantes tanto em minha formação profissional como em meu amadurecimento pessoal.

À direção, professoras e funcionários do Centro de Convivência Infantil (CCI) que por meio da confiança e amizade fez com que esse trabalho torna-se realidade da forma mais agradável que poderia existir.

A PROEX pela oportunidade de receber bolsa em 05 anos seguidos da minha formação profissional.

A todos os meus familiares e amigos, pelo apoio e incentivo constantes.

Epígrafe

“Nos ombros de milhões de crianças que hoje frequentam escolas descansa o futuro do Brasil. Dentro de poucos anos transformar-se-ão em operários e patrões, professores e profissionais liberais, administradores de empresas e fazendeiros. Serão também pais de uma nova geração de crianças. Da escola de hoje sairá um exército de cidadãos que enfrentarão problemas pessoais e familiares, sociais e políticos, nacionais e internacionais. Como se desincumbirão de suas novas tarefas, só o tempo poderá dizer. No momento, cabe a nós, adultos de hoje, ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhes uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz”. STEAD, F. M

Bazzi, N.F.F. A promoção em saúde Bucal pode mudar os hábitos de uma criança ainda em formação? 2014. 29 F. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

RESUMO

A Saúde e a Educação estão intrinsecamente associadas, sendo que os conceitos de saúde aparecem como resultado de um aprendizado consistente e bem direcionado. A idade escolar é o período mais apropriado para a aplicação de programas educacionais preventivos. Nessa fase, as crianças são mais receptivas a novos conhecimentos e o ambiente escolar é propício para o desenvolvimento de ações em grupo, tornando-se possível o aprendizado de corretos hábitos de higiene. O objetivo desse trabalho foi verificar a influência no aprendizado das crianças matriculadas no Centro de Convivência Infantil “Cantinho Feliz” da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, por meio de uma avaliação antes e após o desenvolvimento de um programa de educação em saúde bucal. Tratou-se de um estudo transversal descritivo. O trabalho foi realizado com todos os alunos matriculados na instituição, pertencentes a uma faixa etária entre 2 e 6 anos. Foram excluídas do estudo as crianças menores de 2 anos e as que não comparecerem a escola nos dias de coleta. Na primeira etapa foi avaliado o comportamento das crianças frente aos cuidados de higiene bucal e hábitos alimentares. A avaliação foi realizada por meio de desenhos apresentados às crianças que responderam a pergunta “Isso deixa o seu dente feliz ou triste?” Em seguida, foi realizado um trabalho de educação em saúde no período de 08 meses, abordando temas sobre saúde bucal e hábitos alimentares. Durante esse período as crianças receberam visitas semanais de uma equipe que abordou tais assuntos de forma lúdica. Após essa fase, foi aplicado o mesmo método de avaliação realizado inicialmente. As duas etapas foram comparadas e a partir de então observamos que houve alteração na percepção do público alvo e influência nos hábitos.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Promoção em Saúde Bucal, Saúde Bucal Infantil.

Bazzi, N.F.F. **The health promotion Oral can change the habits of a child still in training?** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

ABSTRACT

The Health and Education are inextricably linked, and the concepts of health appear as a result of a consistent and well directed learning. The school age is the most appropriate period for the application of preventive educational programs. At this stage, children are more receptive to new knowledge and the school environment is conducive to the development of group actions, making it possible the learning of correct hygiene habits. The aim of this study was to assess the learning of the children enrolled in the Center for Child Living "Happy Corner" of the Faculty of Dentistry of Araçatuba - UNESP, through an assessment before and after the development of an education program on oral health. This was a cross-sectional descriptive study. The study was conducted with all students enrolled in the institution, belonging to an age group between 2 and 6 years. Children under two years and those who do not attend school on the days of collection were excluded from the study. In the first step we evaluated the behavior of children across the care of oral hygiene and dietary habits. The evaluation was performed by means of drawings given to children who answered the question "This leaves your tooth happy or sad?" Then was held a job in health education in the period of 08 months, covering topics on oral health and habits food. During this period the children received weekly visits from a team that addressed such issues in a playful manner. After this phase, we applied the same method of evaluation initially performed. The two stages were compared and from then noticed that there was a change in the perception of the target audience and influence habits.

Lista de Gráficos

Gráfico 01 - Distribuição percentual do conhecimento de hábitos bucais do grupo 01, antes e após um programa de educação em saúde.

Gráfico 02 - Distribuição percentual do conhecimento de hábitos bucais do grupo 02, antes e após um programa de educação em saúde.

Gráfico 03 - Distribuição percentual do conhecimento de hábitos alimentares do grupo 01, antes e após um programa de educação em saúde.

Gráfico 04 - Distribuição percentual do conhecimento de hábitos alimentares do grupo 02, antes e após um programa de educação em saúde.

Lista de Abreviaturas

- PSE: programa de saúde na escola
- OMS: organização mundial da saúde
- CCI: centro de convivência infantil
- SUS: sistema único de saúde
- PNAE: programa nacional de alimentação escolar
- SAN: segurança alimentar e nutricional
- IBGE: instituto brasileiro de geografia e estatística
- PSE: Programa Saúde na Escola

Sumário

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
3	MATERIAIS E MÉTODOS	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6	CONCLUSÃO	27
7	REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O direito a saúde está previsto na constituição Federal desde a sua criação, garantindo mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde¹. Sendo assim, medidas sócio-educativas e preventivas devem ser praticadas para auxiliar na garantia desses direitos. A prevenção, além disso, permitiu um aumento no nível de informação e conhecimento da população e como consequência diminuiu os gastos financeiros que o Estado disponibilizaria para os tratamentos de cura, já que esses necessitam de verbas maiores para sua completa execução, assim como diminuiu o prejuízo que uma intervenção clínica invasiva pode ocasionar para a saúde geral e bucal de uma pessoa. Desde a criação do SUS a preocupação com as ações preventivas tem ocupado um espaço maior no cenário da saúde bucal no Brasil. Medidas sociais e educacionais são introduzidas na sociedade desde a primeira infância e isso reflete significativamente na redução do número de cáries e de outras doenças de ordem bucal da população em geral².

A Organização Mundial da Saúde, no documento “Promoción de la Salud mediante las Escuelas” reconhece a relação que existe entre educação e saúde; a partir disto, julga que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem ao mesmo tempo em que melhoram a saúde, pois a boa saúde apoia um aprendizado proveitoso e vice-versa³. A escola apresenta grande influência sobre a saúde dos jovens. Daí o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras de Saúde, ou Escolas Saudáveis, que tem como meta genérica atingir estilos de vida saudáveis para a população total da escola por meio do desenvolvimento de ambientes que apoiem e conduzam à promoção da saúde⁴. A educação, sendo peça fundamental para despertar nas pessoas o interesse em manter saúde necessita de atenção precoce de forças motivadoras e estímulos rotineiros ainda na primeira infância. Com isso conhecimentos relacionados à educação em saúde e cuidados com a higiene bucal são assimilados, transformando hábitos e conscientizando as crianças do seu papel no processo de promoção em saúde⁵. Com base nessa relação, alguns cuidados relacionados aos programas sociais de educação em saúde, praticados dentro de instituições de ensino devem ser considerados, pois estes podem ajudar na formação de profissionais altamente capacitados e diferenciados já que o público requer práticas dinâmicas e abordagem psicológica efetiva. Muitas das

crianças matriculadas em escolas públicas não recebem de seus pais e/ou responsáveis atenção às questões pertinentes a saúde e com isso transferem aos programas resistência ao aprendizado e participação nas atividades oferecidas pelos educadores. A aquisição de um vínculo afetivo baseado em confiança entre as crianças e os cirurgiões-dentistas favorece a incorporação dos conceitos básicos de saúde⁶.

Em 2007 foi instituído pelo governo federal o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial da Saúde e da Educação. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras⁷.

Os programas de saúde que compõe o SUS deveriam habilitar e treinar o profissional que apresenta despreparo e que nunca teve contato com programas de educação em saúde para sua inserção no sistema público do país. No entanto, muitas vezes nos deparamos com o contrário, profissionais mal treinados servindo à população. A saúde direcionada para a área odontológica, também requer qualificação profissional e embora clara sua importância frente aos cuidados de educação em saúde nota-se certo despreparo. O que pode ser explicado pela deficiência no aprendizado durante a graduação, uma vez que nas universidades predominam os atendimentos práticos e unilaterais dos graduandos, formando profissionais para prática clínica⁸. A inclusão de disciplinas voltadas para Saúde Coletiva, assim como Serviços Sociais nas universidades, favoreceria essa prática não só desenvolvida em escolas e creches como também em asilos, hospitais, maternidades, programas de atenção às gestantes, idosos e tantos outros de cunho social. O atendimento a esses públicos faz parte dos programas de atenção à saúde e beneficia a qualidade de vida daqueles envolvidos. Enquanto alunos, além de todo o conteúdo teórico que as disciplinas oferecem, poderiam participar de forma voluntária em projetos de campo e a partir disso ter uma formação mais humanizada, integral e preventiva⁹.

Os programas direcionados para prevenção, para surtirem efeitos em longo prazo, devem ser introduzidos na sociedade, ainda nos primeiros de vida, pois são de extrema importância para o desenvolvimento da criança e representam oportunidades

significativas para o crescimento de meninas e meninos no que diz respeito ao seu desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional e social¹⁰. Essa fase, as crianças apresentam alta capacidade de adquirir novos hábitos e alterar seus conhecimentos, elas incorporam as modificações através daquilo que elas observam e por meio da imitação passam a repetir os ensinamentos oferecidos. Dessa forma quanto antes forem expostas à educação em saúde mais consolidada será sua formação¹¹. Crianças bem direcionadas, educadas e atentas irão nos representar no futuro próximo e assim sendo, quanto maior o acesso aos conhecimentos sobre saúde, mais informações poderão armazenar, o que faz com que sua qualidade de vida aumente e sua necessidade em transmitir novos conhecimentos dentro da família e comunidade em que estão inseridas, tornando-se assim em promotores de saúde bucal.

As ferramentas que podemos lançar para a prática de projetos de educação em saúde na primeira infância são inúmeras, e cabe aos profissionais o estudo atento de quais materiais deve-se eleger para auxiliar no despertar do conhecimento, conforme indicação de idade e personalidade da turma. A abordagem lúdica também contribui na relação de confiança que deve existir entre escolares e profissionais, já que as crianças passam a enxergar o profissional como parceiro de suas construtivas brincadeiras¹². A Educação para a saúde significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar ao comportamento inteligente, revertendo em benefício de sua saúde e dos outros. Não se limita a dar conhecimentos; preocupa-se em motivar a criança para aprender, analisar, avaliar as fontes de informações, em torná-la capaz de escolher inteligentemente seu comportamento com base no conhecimento¹³. Quando uma criança entra na escola ela já possui conhecimentos, atitudes e práticas de saúde adquiridos no lar. A fim de reverter esses cenários alguns métodos são adaptados, necessitando de modificações, e para isso contamos com uma série de atividades que estão em nosso favor como: Desenhos, Brincadeiras, Jogos, Danças, Músicas, Leitura, Passeios, Teatros, Fantoques, Softwares Educativos, Dramatizações, entre tantos outros recursos pedagógicos que nos auxiliam no processo de ensino- aprendizagem enriquecendo as possibilidades de interação, assim como na assimilação de valores, aquisição de comportamentos, desenvolvimento das diversas áreas dos conhecimentos, aprimoramento de habilidades e socialização¹⁴.

2. OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar o quanto um programa de educação em saúde bucal realizado com crianças de 02 a 06 anos pertencentes a uma instituição de ensino pode influenciar no conhecimento sobre higiene, hábitos e dieta.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Esta pesquisa apresentou como universo amostral 18 alunos pertencentes à faixa etária de 02 a 06 anos de idade que frequentam o Centro de Convivência Infantil CCI - UNESP - ARAÇATUBA. Inicialmente, dividimos os alunos em dois grupos. Grupo 1- alunos entre 04 e 6 anos (total de 11 alunos) e Grupo 2- alunos entre 2 e 3.11 anos (total de 06 alunos).

Todos os alunos participaram de uma atividade onde individualmente eram levados até uma sala sem qualquer influência a fim de detectar seus conhecimentos relacionados à saúde bucal. As crianças foram expostas a 14 figuras, onde 8 delas correspondiam a imagens ligadas a hábitos bucais: Pasta de dente, Fio Dental, Palito de Madeira, Escova de Dente, Enxaguante Bucal, Mamadeira, Chupeta e Dedo.

Além disso, 6 imagens contento comportamentos relacionados com a dieta: Suco, Salgadinhos Industrializados, Verduras/Legumes, Frutas, Refrigerantes e Doces

As crianças após visualizarem as imagens responderam a seguinte pergunta: “Isso deixa seu dente feliz ou triste”? As respostas foram anotadas de forma que sim correspondia ao numero 01 e não ao numero 02.

Durante os 08 meses seguintes foram desenvolvidos atividades de promoção em saúde bucal por meio de visitas semanais que duravam aproximadamente 1 hora e meia. Nestas visitas os graduandos reuniam os escolares, e realizavam a escovação supervisionada, na sequencia realizavam as atividades do dia, que variavam entre: Teatro; Fantoches; Filmes; Jogos; Orientação de escovação com Macro modelos; Desenhos; Pinturas e Palestras.

Foram excluídas do programa as crianças menores de 02 anos, assim como aquelas que faltaram da escola nos dias determinados para coleta. Ao final dos 08 meses foi realizada uma nova avaliação para verificar os conhecimentos adquiridos durante o programa.

O estudo foi conduzido por 02 alunos de Odontologia que faz parte do programa de Promoção de Saúde Bucal com supervisão de docentes e pós-graduandos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, do Departamento de Odontologia Infantil e Social. Todo o programa foi realizado após autorização dos pais e/ou responsáveis dos alunos participantes.

O protocolo de pesquisa foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Hábitos Bucais

O conhecimento e os hábitos dos pais sobre saúde bucal influenciam de forma direta no comportamento de seus filhos e o exemplo mal oferecido pode ocasionar em sérios prejuízos à saúde dos mesmos, como o desenvolvimento da doença cárie, má oclusão e hábitos para funcionais¹⁵.

Cuidados simples deveriam ser transmitidos às crianças logo nos primeiros anos de vida para favorecer um crescimento saudável e livre de vícios. A troca periódica das escovas de dente, uso diário do fio dental e manipulação correta da pasta de dente faz parte do conhecimento necessário para alcançar a máxima eficácia durante a higienização. O enxaguante bucal embora auxilie no processo de higiene nunca deverá ser substituído pela escova e pasta de dente. Entender que o palito de madeira não faz parte dos recursos de higiene também faz diferença na qualidade da saúde, já que o mesmo pode ocasionar sérios prejuízos ao ligamento periodontal¹⁶.

A mamadeira e a chupeta são introduzidas na vida de uma criança como item de auxílio no desenvolvimento da sucção e substituição do aleitamento materno e assim como o hábito de chupar o dedo proporciona à criança sensação de calor, bem-estar, prazer, segurança e proteção. O vício prolongado da sucção não nutritiva é que faz com que prejudique a saúde bucal da criança¹⁷. No caso da mamadeira, ela contribui para o desenvolvimento da doença cárie, conhecida como “cárie de mamadeira” e assim como a chupeta e o dedo prejudica no correto desenvolvimento da oclusão, provocando mordida aberta entre outras alterações¹⁸.

Antes do programa de saúde bucal as crianças apresentavam conhecimento confuso em relação aos itens expostos e conforme mostra os gráficos abaixo esses conhecimentos foram significativamente melhorados com a incorporação do programa.

Os gráficos foram construídos utilizando as cores vermelho e azul. As colunas em vermelho correspondem às respostas iniciais e as colunas em azul as respostas finais a cada etapa do programa. O gráfico apresenta a resposta positiva da pergunta, ou seja, eles foram formados com a porcentagem dos alunos que acreditam que aqueles itens deixam o dente feliz.

Notamos que, as crianças relacionavam seus hábitos deletérios (mamadeira, chupeta e dedo) com aquilo que faz o dente feliz. Essa relação ocorria pelo fato das mesmas se identificarem com a situação. À medida que o programa se desenvolveu houve uma alteração considerável de opinião tanto no grupo 1 quanto no grupo 2.

A mamadeira no grupo 01 apresentou inicialmente uma porcentagem de 63,63% passando para 27,27% ao final do programa como podemos observar no Gráfico 01. Já o grupo 02 (Gráfico 02) a redução passou de 29% para 14%.

Os gráficos também nos permitiu avaliar a alteração positiva do comportamento relacionado à chupeta. Grupo 01 (Gráfico 01) 54,54% inicial e 27,27% final. Grupo 02 (Gráfico 02) 29% inicial e 14% ao final do programa.

E por último, em se tratando de hábitos deletérios de sucção, avaliaremos o dedo. O gráfico 01, que é formado pelo grupo 01, apresentou 45,45% das crianças julgando o hábito como algo que fizesse seus dentes felizes, o número caiu para 27,27% após passarem pelo programa de educação em saúde. Já no grupo 02 (Gráfico 02) a alteração foi de 14% inicialmente para 0%, ou seja, ao final do programa nenhuma criança respondeu de forma positiva ao hábito exposto.

O palito de madeira foi um dos itens que obteve maior porcentagem na curva de aprendizado passando de item feliz para triste. Muitas crianças relacionavam o palito como algo do bem pela experiência vivida dentro de casa. A maioria citava que seus avós e pais utilizavam o palito para limpeza dos dentes e por isso julgavam que deixaria seus dentes felizes. O nome popular que o palito de madeira recebe, (palito de dente) faz com que as pessoas o relacionam como algo favorável a saúde.

A diferença de conhecimento pode ser observada nos gráficos abaixo. O gráfico 01, apresentou inicialmente 72,72% das crianças respondendo que aquilo deixaria seus dentes felizes contra 27,27% ao final do programa. O gráfico 02, a mudança de conhecimento permanece acentuada, podemos observar 71,42% inicialmente contra 28,57% na etapa final.

O Enxaguante Bucal foi um item onde muitos apresentavam confiança excessiva para o auxílio da limpeza, alguns chegavam a acreditar que poderia substituir a dupla escova e pasta de dente pelo enxaguante. O programa não só enriqueceu o conhecimento como deu limites em cada situação vivida. Esse

item apresentou mudanças contrárias entre os grupos. O grupo 01 (Gráfico 01) no início a porcentagem era de 54,54% passando para 82% ao final do programa. Já o grupo 02 (Gráfico 02) a diferença foi de 100% inicial para 85,71% final. Acreditamos que cada grupo entendeu a importância do enxaguante de forma distinta.

Escova de dente, Pasta de dente e Fio dental também apresentaram alterações no conhecimento, porém ao contrário dos outros itens, não houve tanta expressividade entre os resultados. A relação que as crianças faziam quando expostas as imagens à saúde, pode ser explicado pelo acesso facilitado aos produtos desde muito cedo. Os dados abaixo nos permite comparar.

Escova de dente Grupo 01 (Gráfico 01) Início 90,90% Final 90,90%

Escova de dente Grupo 02 (Gráfico 02) Início 86% Final 100%

Pasta de dente Grupo 01 (Gráfico 01) Início 81% Final 91%

Pasta de dente Grupo 02 (Gráfico 02) Início 86% Final 100%

Fio dental Grupo 01 (Gráfico 01) Início 90,90% Final 82%

Fio dental Grupo 02 (Gráfico 02) Início 86% Final 100%

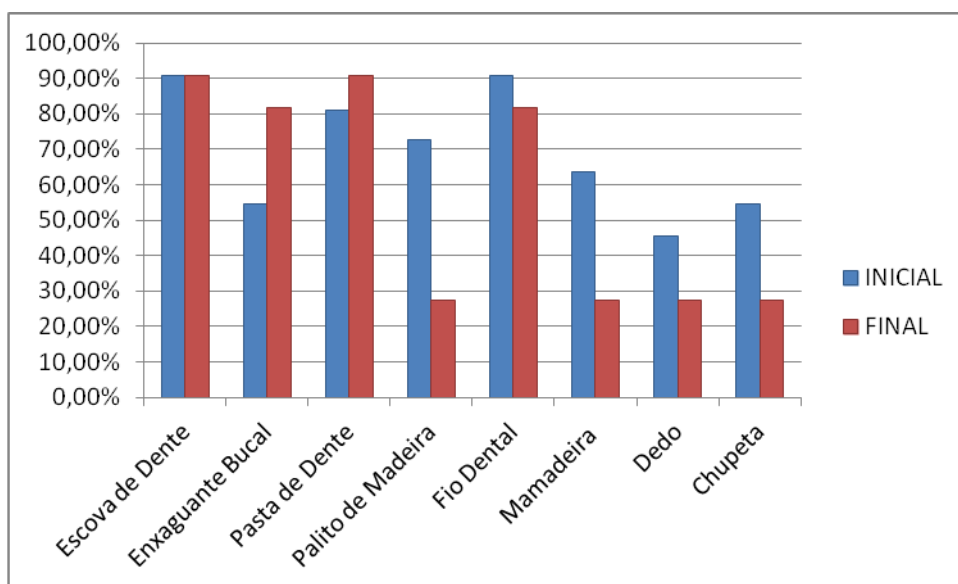


Gráfico 01: Distribuição percentual do conhecimento de hábitos bucais do grupo 01, antes e após um programa de educação em saúde. Araçatuba, 2013.

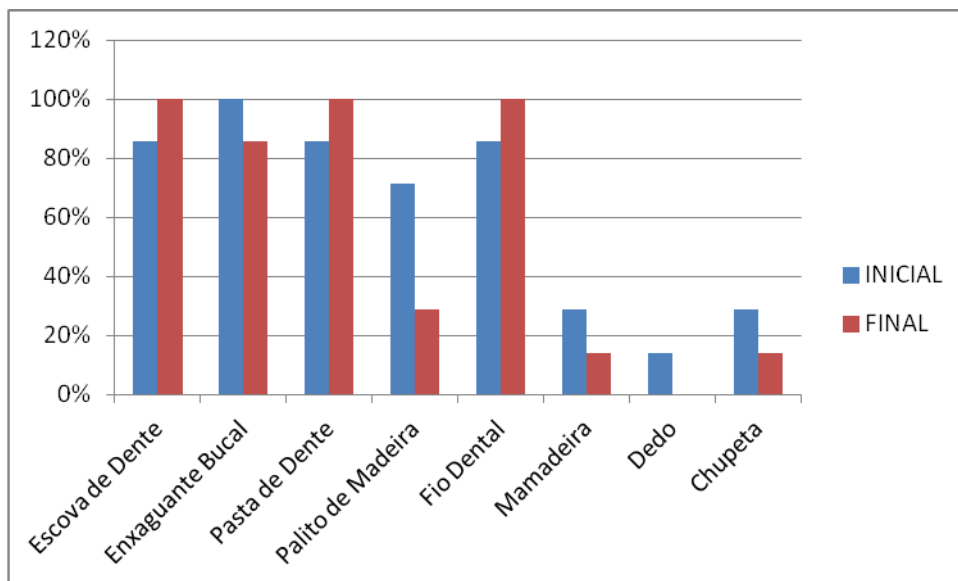


Gráfico 02: Distribuição percentual do conhecimento de hábitos bucais do grupo 02, antes e após um programa de educação em saúde. Araçatuba, 2013.

Hábitos Alimentares

Com o passar das décadas notamos que o estado nutricional das crianças vem melhorando ¹⁹. E isso, podemos afirmar ao avaliar a diminuição da taxa de mortalidade infantil e ao declínio das deficiências nutricionais. O acesso facilitado aos alimentos favoreceu o poder de compra da população e programas governamentais como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que faz da alimentação escolar um direito dos estudantes torna-se uma das estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)²⁰. Entretanto, o padrão e qualidade alimentar apresentam-se comprometidos, notamos um aumento na ingestão de açúcares, gorduras, carnes e refrigerantes e diminuição de cereais, frutas e vegetais²¹. Além disso, a vida agitada fez com que houvesse uma maior globalização dos fast food e de outros ramos da alimentação moderna e isso começa a afetar os padrões alimentares infantis²². No Brasil, dados sobre o consumo alimentar de 26 mil crianças de 5 a 10 anos, indicam consumo inadequado de frutas e, principalmente, de verduras e legumes²³. Mais de 30% das crianças não ingeriram esses alimentos durante a semana avaliada. Entretanto, alimentos pouco saudáveis - biscoitos salgados, salgadinhos de pacote, doces e biscoitos recheados - foram consumidos três dias ou mais na semana, por mais de 50% das crianças²⁴. A Televisão também tem sido apontada como um fator que influencia a alimentação, promovendo principalmente hábitos alimentares poucos saudáveis²⁵. Essa associação ocorre, entre outras razões, porque na grade de programação televisiva é veiculado um grande número de propagandas de alimentos industrializados e de baixo valor nutricional direcionado às crianças, o que estimula sua ingestão e aquisição, e diminui o consumo de alimentos saudáveis²⁶.

As crianças por apresentarem um elevado grau de aprendizado por repetição, ao observarem ações de seus pais e meio de desenvolvimento, julgam a atitude correta e a partir de então passam a repetir de forma preferencial. Os gráficos abaixo (03 e 04) demonstram a boa aceitação dos alimentos industrializados e a relação que as crianças fazem do feliz com aquilo que elas mais gostam. Após o programa de educação em saúde elas passaram a entender que aqueles alimentos que antes julgavam fazer o dente feliz, comprometem sua saúde.

Os alimentos saudáveis (Suco, Frutas, Verduras e Legumes) embora não necessariamente consumidos fazem parte do conhecimento prévio das crianças e estão associados aos alimentos do bem, com isso elas respondem de forma positiva, tanto na fase inicial quanto na final, à pergunta: Isso deixa seu dente feliz ou triste? Como mostra os gráficos abaixo.

Grupo 01 (gráfico 01) o suco apresentou 82% de aprovação na fase inicial contra 100% ao fim do programa. Já no grupo 02 (Gráfico 02) inicialmente encontramos 85,71% das crianças afirmando que o suco fazia o dente feliz e concluímos o programa com 100% das crianças afirmando a mesma opinião.

As verduras e os legumes tiveram uma aceitação inicial de 54,54% no grupo 01 (gráfico 01) e ao final subiu para 72,72%. Já o grupo 02 (gráfico 02) inicialmente apresentou 71,42% e ao final 85,71%.

As frutas também obtiveram resultados satisfatórios. No grupo 01 (gráfico 01) inicialmente 73% responderam que as mesmas deixavam seus dentes felizes e no final a porcentagem subiu para 81,81%. O grupo 02 (gráfico 02) a média também aumentou de 85,71% para 100%.

Já os doces e os alimentos industrializados como refrigerantes e salgadinhos após o programa de educação em saúde apresentaram maiores alterações no conhecimento. O grupo 01 (gráfico 01) 72,72% das crianças participantes achava que o alimento fazia o dente feliz e com o programa finalizado essa porcentagem reduziu para 27,27%. O grupo 02 (gráfico 02) também apresentou significativa mudança passando de 71,42% para 14,28%.

O refrigerante foi outro item que mostrou ótimos resultados em ambos os grupos. Grupo 01 (gráfico 01) 72,72% respondeu positivamente contra 27,27% ao final dos 08 meses. No grupo 02 (gráfico 02) a diferença foi de 28,57% para 14,28%.

E para encerrar a lista de alimentos cariogênicos comparamos o conhecimento que as crianças tinham em relação aos doces. O grupo 01 (gráfico 01) apresentou uma porcentagem de 63,63% inicial e finalizou com 27,27%. O grupo 02 (gráfico 02) também sofreu alteração passando de 28,57 para 14,28%.

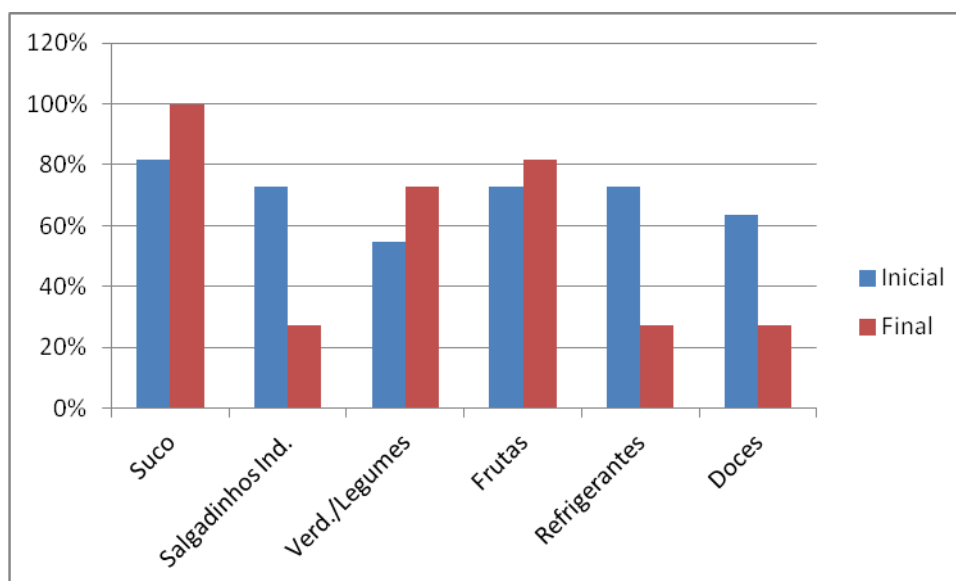


Gráfico 03: Distribuição percentual do conhecimento de hábitos alimentares do grupo 01, antes e após um programa de educação em saúde. Araçatuba, 2013.

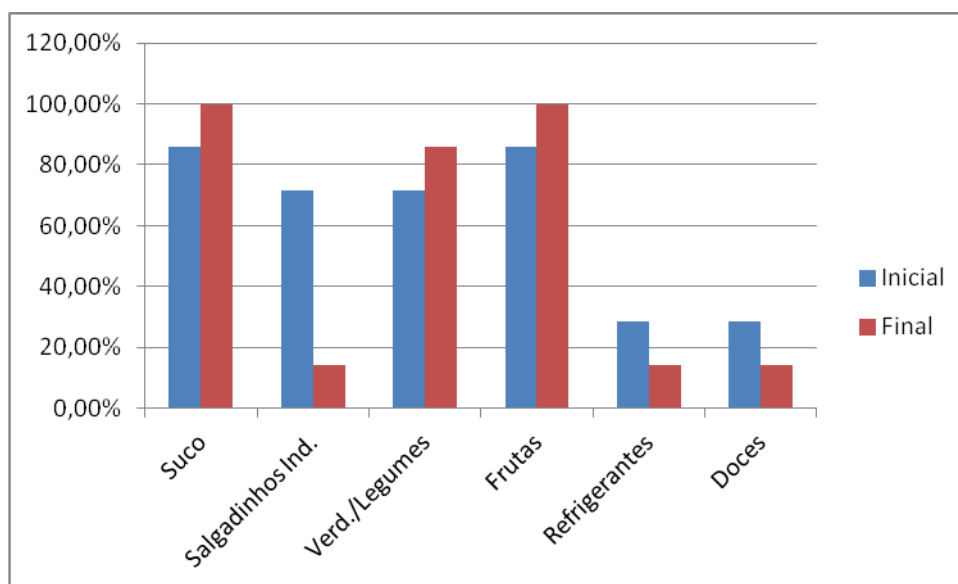


Gráfico 04: Distribuição percentual do conhecimento alimentar do grupo 02, antes e após um programa de educação em saúde. Araçatuba, 2013.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que o trabalho alcançou seu maior objetivo que era influenciar o conhecimento das crianças sobre os hábitos de higiene e dieta, após a realização do programa de saúde bucal.

5. REFERÊNCIAS

1. Artigo 196. Constituição Federal, parágrafo único renumerado para 1º Emenda Constitucional nº 29, de 2000.
2. PINTO, V.G. Saúde Bucal no Brasil. Rev. Saúde Pública vol.17 no.4 São Paulo Aug. 1983
3. Organização Mundial da Saúde. Escola Promotora da Saúde. Promoção da Saúde 1999 1 (1): 26-7.
4. NADONOSVSKY. P.Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto, V. G. Saúde Bucal Coletiva. 4. Ed. São Paulo, Ed. Santos, 2000. p.293-310.
5. Unicef. Situação da Infância Brasileira. 2001.
6. Bottan, E.R; Oglio, J.D; Silveira, E.G; Araújo,S.M. Cirurgião-dentista ideal: perfil definido por crianças e adolescentes. Rev Sul-Bras Odontol. 2009 Dec;6(4):381-6.
7. Programa Saúde na Escola, 2007. Dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php.
8. ALVES, M.U; VOLSCHAN, B, C, G; HASS, N, A. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Escolas de Universidades Privadas, 2004. p 48.
9. MOYSES, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Revista da Abeno 4 (1) 30-7. 2003.
10. UNICEF-Brasil, Situação da Infância Brasileira, Desenvolvimento Infantil, Os Primeiros Seis Anos de Vida, 2001. p 14.
11. ALVES, M.U; VOLSCHAN, B, C, G; HASS, N, A. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Escolas de Universidades Privadas, 2004. p 48
12. DIAS, E. A importância do lúdico no processo de ensino-aprendizagem na educação infantil. Revista Educação e Linguagem – Artigos – ISSN 1984 – 3437. Vol. 7, n ° 1. 2013.
13. STEAD, F. M; Educação em Saúde na Escola, Rev. Saúde Pública Vol. 6, no.1 São Paulo Mar. 1972.
14. COSCRATO, G; PINA, J.C; MELLO, D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta paul. enferm. vol.23 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2010.
15. NETO, H.C; Galvão, H.C; GORDÓN-Núñez, M.A. Influência do comportamento em saúde bucal de pais sobre o estado de saúde bucal de suas crianças. V.1 N4. 2012
16. BERMUDEZ, O.L; TUCKER, K.L. Trends in dietary patterns Latin American populations. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (1):87-99.
17. ALBURQUERQUE, S.S. Sucção não nutritiva e aleitamento. 2011

18. RAMOS, B.C; MAIA, L.C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. Rev Odontol Univ São Paulo vol.13 n.3 São Paulo July/Sept. 1999.
19. MONTEIRO, C.A; MONDINI, L; SOUZA, ALM; POPKIN, BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.247-55.
20. Lei Federal nº 11.947 e da Resolução no 38/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), promulgadas em julho de 2009.
21. BERMUDEZ, O.L; TUCKER, K.L. Trends in dietary patterns Latin American populations. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (1):87-99.
22. ADAIR, L.S, POPKIN, B.M. Are child eating patterns being transformed globally? Obes Res. 2005; 13(7): 1281-99. doi: 10.1038/oby.2005.153.
23. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição Análise dos Registros do Consumo Alimentar. Boletim SISVAN nº 10. Brasília: MS; 2009 - acesso 2011.
25. STRASBURGER, V.C; JORDAN, A.B; DONNERSTEIN, E. Health effects of media on children and adolescents. Pediatrics. 2010; 125(4):756-67. doi: 10.1542/peds. 2009-2563.
26. CAIRNS, G; ANGUS, K; HASTINGS, G. The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to december 2008. Geneva: WHO; 2009.