



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Deborah Hanauer

**A ESCOLA E A FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIAS SOCIAIS NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL**

Trabalho submetido ao Curso de
Odontologia da Universidade Federal
de Santa Catarina para conclusão do
Curso de Graduação em Odontologia

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Mariane Cardoso

Florianópolis- SC

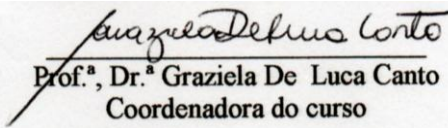
2011

Deborah Hanauer

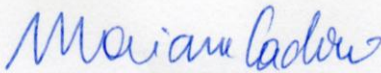
**A ESCOLA E A FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIAS SOCIAIS NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL**

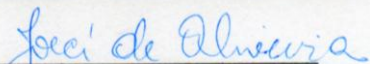
Esta monografia foi julgada adequada para obtenção do Título de “Cirurgião-dentista”, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Graduação em Odontologia.

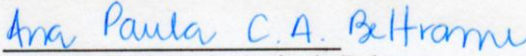
Florianópolis/SC - 2011


Prof.^a, Dr.^a Graziela De Luca Canto
Coordenadora do curso

Banca Examinadora:


Prof.^a, Dr.^a Mariane Cardoso
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a, Dr.^a Joeci de Oliveira
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a, Ana Paula Caldeira de Andrada Beltrame
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais que representam a maior benção de Deus em minha vida. A todas as pessoas que amam e valorizam a família, e em especial, a minha família, pelo amor, carinho, apoio, dedicação e ensinamentos que sempre me deram e me dão até hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de nossa existência, pelo amor divino, pela força e coragem que nos proporciona para enfrentarmos os obstáculos do dia-a-dia, e a quem agradeço por mais uma conquista na minha vida profissional.

A meus familiares, principalmente meus pais, pela força e compreensão nos momentos de ausências.

A minha querida amiga Laís Bison Franceschi que sempre me apoiou nos momentos difíceis e deu força para eu continuar nesta jornada.

A minha orientadora Mariane Cardoso, pelo estímulo e pelas contribuições recebidas durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos colegas do curso de Graduação em Odontologia, pela amizade e saberes compartilhados durante os momentos que estivemos juntos.

A creche Fermínio Francisco Vieira e ao Núcleo de Educação Infantil Nagib Jabour que me receberam e colaboraram com a realização deste estudo.

Aos pais e professores que responderam os questionários e colaboraram positivamente para os resultados da mesma.

Procure ser uma pessoa de valor, em vez de procurar ser uma pessoa de sucesso. O sucesso é consequência.

(Albert Einstein)

RESUMO

O objetivo do trabalho foi identificar os métodos de prevenção da doença cárie em crianças de zero a 6 anos de idade realizados na escola e na família, assim como analisar o conhecimento dos professores, pais e/ou responsáveis sobre temas básicos em saúde e higiene bucal, a forma de aquisição desses conhecimentos, a transmissão destes conteúdos às crianças e o interesse no desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal. A pesquisa foi realizada no Núcleo de Educação Infantil (NEI) Nagib Jabour e na creche Fermínio Francisco Vieira ambos na cidade de Florianópolis- SC através de questionários contendo questões abertas e fechadas sobre o assunto. A amostra foi composta por 15 professores e 100 pais e/ou responsáveis de crianças de zero a 6 anos de idade. Os resultados obtidos demonstraram que 73,4% dos professores e 90% dos pais e/ou responsáveis obtiveram informações a respeito dos cuidados que deve-se ter com os dentes das crianças e os métodos de prevenção da doença cárie. No entanto, 70% dos pais e/ou responsáveis responderam que a cárie não é transmitida de pais para filhos. A partir da pesquisa realizada confirma-se a necessidade de maior incorporação dos cirurgiões-dentistas dentro das escolas, tanto para realizar atividades promotoras de saúde bucal quanto para transmitir informações corretas e importantes aos professores para que estes incorporem em seu dia-a-dia pedagógico assuntos sobre a importância de uma boca saudável para a saúde geral do organismo. A presença do cirurgião-dentista dentro da escola o aproxima dos pais e/ou responsáveis que têm papel fundamental na transmissão de hábitos de higiene e de alimentação saudável para as crianças, tornando-o imprescindível no processo de educação em saúde bucal no ambiente familiar e escolar.

Palavras-chave: Promoção de saúde bucal. Odontopediatria. Educação em odontologia.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify methods of preventing caries in children from birth to 6 years old of age performed in school and family as well as analyzing the knowledge of teachers, parents / guardians about basic issues in health and oral hygiene, the acquisition of such knowledge, the transmission of content to children and interest in the development of education activities in oral health. The survey was conducted at the “Núcleo de Educação Infantil” (NEI) Nagib Jabour and on the nursery Fermínio Francisco Vieira both situated in the city of Florianópolis-SC through questionnaires containing open and closed questions on the subject. The sample consisted of 15 teachers and 100 parents / guardians of children from zero to 6 years old. The results showed that 73.4% of teachers and 90% of parents and / or guardians received information about the care that should be taken with the teeth of children and methods of preventing caries. However, 70% of parents and / or guardians that caries is not transmitted from parents to children. From the survey confirms the need for greater inclusion of dentists in the schools, both to engage in activities that promote oral health and to convey correct information and important to the teachers so that they incorporate into their daily teaching issues about the importance of a healthy mouth for the overall health of the body. The presence of the dentist within the school near the parents and / or guardians have a fundamental role in the transmission of hygiene and healthy eating for children, making it an essential part of oral health education in family and school.

Keywords: Oral health promotion. Pediatric dentistry. Dental education.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fonte de informações sobre saúde bucal..... | 37 |
| Figura 2 - Conhecimento sobre placa bacteriana..... | 38 |
| Figura 3 - Métodos de remoção de placa bacteriana..... | 38 |
| Figura 4 - Qual a importância da escovação dos dentes? | 39 |
| Figura 5 - Frequência de escovação em período escolar. | 40 |
| Figura 6 - Inclusão de assuntos sobre saúde bucal. | 40 |
| Figura 7 - Função do professor na educação sobre saúde bucal. | 41 |
| Figura 8 - Dificuldade encontrada para realizar as atividades educativas. | 42 |
| Figura 9 - Percentuais da resposta dos pais: “você obteve informações de como cuidar da saúde bucal do seu filho?” | 43 |
| Figura 10 - Percentuais da resposta dos pais: “Você sabe como evitar a cárie?” | 44 |
| Figura 11 - Frequência de escovação dos dentes. | 46 |
| Figura 12 - Quem realiza a escovação?..... | 47 |
| Figura 13 - Relação de respostas dos pais: “Seu filho já teve cárie?” .. | 47 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos pais avaliados de acordo com a questão relacionada à fonte de informação sobre como cuidar da saúde bucal do seu filho. | 43 |
| Tabela 2 - Distribuição dos pais avaliados de acordo com a questão relacionada ao conhecimento dos pais a respeito das maneiras de se evitar a cárie dental de seus filhos..... | 45 |
| Tabela 3 - Distribuição dos pais de acordo com a questão relacionada a o que é realizado em casa para prevenir a cárie dental.... | 45 |
| Tabela 4 - Distribuição dos pais de acordo com a questão relacionada a quais os horários em que escova os dentes de seu filho..... | 46 |
| Tabela 5 - Distribuição dos pais de acordo com a questão: Como você acha que a cárie é transmitida de pais para filhos? | 48 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 21 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 25 |
| 2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE | 25 |
| 2.2 PREVENÇÃO EM SAÚDE | 26 |
| 2.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NA ODONTOLOGIA..... | 27 |
| 2.4 PAPEL DA ESCOLA E DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE | 28 |
| 2.4.1 A Escola | 28 |
| 2.4.2 A Família | 30 |
| 3 OBJETIVOS | 33 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 33 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 33 |
| 4 METODOLOGIA | 35 |
| 5 RESULTADOS..... | 37 |
| 5.1 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFESSORES..... | 37 |
| 5.2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS | 42 |
| 6 DISCUSSÃO | 49 |
| 7 CONCLUSÃO | 55 |
| REFERÊNCIAS | 57 |
| ANEXOS | 67 |
| ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA OS PROFESSORES | 67 |

| | |
|--|----|
| ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS..... | 69 |
| ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO..... | 71 |

1 INTRODUÇÃO

A palavra saúde remete a pessoas de corpo e mente saudáveis, sendo estabelecida num corpo quando seus órgãos trabalham em harmonia. Além da parte orgânica, a pessoa deve ter uma mente equilibrada, devendo haver um meio ambiente saudável, mantendo-a assim em um nível de equilíbrio ideal. A saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ausência de doença. (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003 apud CZERESNIA & FREITAS, 2003).

Desde o momento que nasce, o ser humano, estabelece relações com a sociedade e natureza, sofrendo agressões constantes. Desse modo, o corpo humano reage com o surgimento de doenças. Estas são oriundas de uma diversidade de fontes que necessitam ser diagnosticadas precocemente, para que se retorne ao corpo saudável. Para que isto seja possível, o indivíduo, desde a gestação, deve viver em meio favorável à saúde, sendo acompanhado por profissionais capacitados para a prática de promoção da saúde e prevenção de doença. A educação, voltada para a promoção da saúde, é um dos elementos fundamentais neste processo, devendo-se considerar as atividades dirigidas na transformação dos comportamentos, focados nos seus estilos de vida, sua relação com a família e o meio social. A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na auto-estima (MICKEOWN, 1982; MINAYO, 1989; MINAYO, 1993).

A promoção da saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar estas ações de promoção em todos os níveis da atenção à saúde (WHO, 1986,1988, 1991, 1997). No caso específico da promoção de saúde em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal e geral de seus filhos. Nesse contexto, a promoção de saúde é um caminho norteador onde são encontradas as ferramentas para a manutenção da saúde, alcançando-se uma qualidade de vida satisfatória. Para se atingir esta meta, juntamente à qualidade de vida, devem ser incorporados outros fatores, como acesso a serviços de assistência à saúde, uma infra-estrutura que favoreça boas condições de moradia,

alimentação adequada, mercado de trabalho, educação de qualidade, entre outros.

A Odontologia tem presenciado nas últimas décadas, mudanças significativas que proporcionaram a transição de uma prática clínica focalizada em procedimentos mecânicos para uma mais abrangente, sustentada por evidências científicas, capazes de reconhecer o papel relevante dos condicionantes psicossociais na saúde da população. Na Odontologia tradicional, se buscava obter do paciente, apenas informações a respeito dos problemas dentários que o afligiam e estes se “submetiam” a tratamentos restauradores passivamente, não participando ativamente no processo de cura. Posteriormente, mesmo com o advento da Odontologia Preventiva, o paciente continuava passivo frente ao problema, uma vez que, ainda não estava comprometido com o processo. Embora medidas de prevenção de doenças bucais fossem tomadas, a saúde bucal da grande maioria da população permanece precária.

Segundo Buishi (2003) promover saúde é mais do que contar para o paciente que cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas. É qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar os serviços.

Entretanto, a partir dos anos 70, com os movimentos sociais emergentes começaram as atividades participativas de profissionais de saúde nas ações de educação comunitária, proporcionando ao setor da saúde, o hábito e a cultura das relações interpessoais com as classes populares de forma mais participativa (VASCONCELOS, 1999).

A doença cárie é um problema social, comportamental e odontológico. Abordagem integral da cárie dentária requer a compreensão da estrutura e funcionamento da família, costumes, hábitos alimentares e nível socioeconômico (SAITO et al., 1999). A etiologia da doença está associada a fatores biológicos, que incluem higiene bucal deficiente e hábitos alimentares inadequados. Atualmente, outros fatores, não biológicos, antes pouco relacionados com a cárie, como condições socioeconômicas, culturais, psicológicas e comportamentais, estão sendo avaliados, assim como o indivíduo no seu contexto familiar e sua relação com o ambiente (BONOW; CASALLI, 2002). Apesar do seu significativo declínio em algumas populações, a cárie dentária

continua sendo importante problema de saúde pública. É a doença mais prevalente que afeta o ser humano, manifestando-se com índice muito alto, principalmente na infância. Ela aparece com frequência em crianças em idade escolar (3 a 14 anos), onde ocorre alta frequência de consumo de sacarose, associada a uma higiene bucal deficiente, favorecendo a prevalência da mesma (BONOW; CASALLI, 2002).

Considerando que a cárie dentária se manifesta em altos índices na fase escolar, recomenda-se a intensificação da atenção odontológica a essa clientela, principalmente com ações preventivas e promocionais, e com uma abordagem integral da criança contextualizando-a no seu meio familiar e social. Neste sentido é indispensável o envolvimento da família, na realização das ações de saúde bucal, pois toda criança pertence a um núcleo familiar e a família é, por excelência, o agente do processo de socialização da criança, por ser a primeira a iniciar a educação na fase em que indivíduo está “sensível” para aprendizagem efetiva, social e moral, e, também por ser, ao longo do processo, o elemento mais duradouro e constante no tempo (CASTRO et al., 2002).

O espaço social para promoção de saúde é qualquer local onde exista potencial para melhorar as condições de saúde. A escola é um espaço social de finalidades educativas, que pertence à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), e deve ser aproveitada para o desenvolvimento de ações em saúde para os alunos, sua família e a comunidade, sem esquecer dos professores e funcionários. Através da aproximação com a comunidade, ampliando relações com pais e desenvolvendo projetos de saúde em conjunto com as autoridades locais de saúde, a escola passa a ser um ambiente de suporte para a saúde, através de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar. E para possibilitar uma abordagem mais efetiva dessas ações nas escolas, as atividades de educação em saúde devem ser feitas de maneira diferenciada, construtivas, usando materiais de motivação de acordo com a idade da criança e principalmente com a participação familiar. É preciso que as crianças e suas famílias compreendam porque estão realizando estas atividades e se sintam motivados para isso (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SP, 2001).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (2004) define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas melhorar a sua saúde. A promoção de saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações relacionadas à mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Promoção da saúde define-se, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais” (LEAVELL; CLARCK, 1976). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem inter-setorial (TERRIS, 1990).

Segundo Buss (2000) proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas.

O modelo de promoção de saúde, de acordo com Pinto (2000) e Moyses (2000), trabalha em cima da integralidade do paciente no momento em que ele deixa de ser visto somente como uma boca com dentes. Além disso, relacionam a saúde com a qualidade de vida e integra a educação em saúde à prevenção e à recuperação. Enquanto a meta na educação para a saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis (MILIO, 1983). O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

A educação para a saúde esteve sempre ligada à prevenção das doenças, como formas de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de determinadas enfermidades. Trata-se, fundamentalmente, de uma atividade educativa desenhada para ampliar

o conhecimento da população em relação à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. Contudo, no âmbito da promoção de saúde estas atividades educativas, podem ser úteis para chamar a atenção sobre as causas econômicas e ambientais da saúde e da enfermidade e, para tanto, devem incluir em seu conteúdo, informações que, por exemplo, demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de diversas formas de atuação dirigidas a obter mudanças ambientais, econômicas ou sociais que favoreçam a saúde (OPS, 1996).

Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde se tornam intimamente relacionadas, ou seja: a promoção de saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPS, 1996).

Num passado recente, a prática das profissões da área da saúde baseava-se em uma filosofia curativa, no sentido de tratar a seqüela da doença. O modelo odontológico tradicional trabalhava com a doença, apresentava alto custo, baixa resolutividade, além de recair num ciclo cirúrgico-restaurador repetitivo (PINTO, 2000). Esse círculo vicioso, em muitas ocasiões só terminava com a extração do dente além de condenar o dentista a ser apenas um espectador impotente (WEYNE, 1997).

Depois de pesados investimentos realizados por países como Nova Zelândia e Noruega e com resultados desalentadores ocorreram modificações na forma de atenção odontológica (OPPERMAN, 1997). Essa nova filosofia de atendimento proporcionou aos países desenvolvidos, mudar o perfil epidemiológico de suas populações em menos de três décadas, elevando substancialmente seus níveis de saúde bucal, pela prevenção e controle da cárie e doença periodontal (WEYNE, 1997). A mudança da filosofia de tratamento curativo para uma filosofia de promoção de saúde se firmou no Brasil na década de 80, a partir de um movimento originário no Canadá que foi efetivado com a Carta de Ottawa em 1986 (NADANOVSKY, 2000; BUISCHI, 2000 apud SILVEIRA et al., 2002).

2.2 PREVENÇÃO EM SAÚDE

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARCK, 1976 apud BUSS, 2000). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e

prevalência nas populações. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

A Carta de Ottawa (1986) exige a participação e a conscientização da comunidade, a fim de atuar no controle da qualidade de vida e saúde, não apenas da pessoa, mas desta com o outro. Destaca-se o fato de a promoção da saúde ser de responsabilidade tanto do setor saúde como daqueles ligados a este, incluindo o setor educacional. Deste modo, vai além da mudança de estilo de vida, por meio do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis nos mais diversos setores associados à saúde (GOMES, 2005). A exemplo disso apresenta-se o setor educacional, em particular a escola, como um espaço para o desenvolvimento de ações educativas a serem trabalhadas em parceria com a saúde.

2.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NA ODONTOLOGIA

A saúde da população é um dos mais fiéis indicadores da qualidade de vida de uma nação, e retrata a competência das políticas para com os seus cidadãos. Antes da promulgação da constituição brasileira de 1988, o sistema de saúde era excludente e centrado em práticas curativas, contribuindo pouco para melhorar os indicadores de saúde. Os índices de cárie e de periodontopatias, no começo da década de 90, colocaram o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo, mostrando a falência do modelo vigente (II CBSB, 1993). A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da família (PSF), modelo assistencial que contempla os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, MS, 2000). O cirurgião-dentista que trabalha no PSF vê-se diante de muitos desafios, pois recebeu uma educação voltada para questões biológicas, curativas e técnicas com pouca ênfase nos fatores sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, não estando, muitas vezes, preparado para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção (ARAÚJO et al., 2006).

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, enquanto que os outros grupos

populacionais acessavam os serviços para atendimento em situações de urgência odontológica. Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas (II CNSB, 1993).

Segundo Werneck (1994, apud VILARINHO et al., 2007) a prática da Odontologia escolar caracterizou-se pela predominância da individualidade do tratamento mutilador/restaurador e baixa resolubilidade. A formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas centrada no paradigma científico está sendo revista de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica para uma atuação conforme o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (VOLSCHAN et al., 2002). A nova geração de cirurgiões-dentistas não deve ter o foco de atuação apenas no atendimento individual, com visão clínica restrita à técnica odontológica, mas sim deve ser preparada para as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade e para a mudança do paradigma de atenção.

A cárie dentária na infância ainda é um sério problema de saúde pública pela sua freqüência e pelo impacto de suas conseqüências em indivíduos e comunidades. A alta prevalência de cárie na infância tem sido fortemente relacionada a fatores socioeconômicos e mais especificamente ao consumo excessivo de açúcar e baixo uso do flúor (RODRIGUES; WATT, 1999). Considerando a subjetividade envolvida na definição do que é ou não saúde bucal e mesmo a limitação de recursos disponíveis para tratar todos os doentes, alguns autores vêm defendendo a adoção de métodos que levem em conta outros aspectos além da pura avaliação clínica (CUSHING et al., 1986). As principais razões para a adoção de critérios mais amplos para a definição de necessidades de saúde de menores de 5 anos foram sumarizadas por Watt (1999): identificar determinantes da saúde bucal; conhecer as preocupações da população; focalizar resultados relativos à equidade; facilitar parcerias; estabelecer informações iniciais para futuras avaliações.

2.4 PAPEL DA ESCOLA E DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE

2.4.1 A Escola

De acordo com Moura (2005), no século XX, campanhas e ações educativas em saúde encontraram na escola o suporte necessário para o

desenvolvimento dos programas de saúde. Deste modo, a escola é considerada um espaço privilegiado para ações em saúde, é um espaço de convivência e de intensas interações sociais, podendo vir a ser, portanto, um terreno fértil para implantação de propostas, estratégias e ações que envolvam promoção de saúde. O trabalho de educação em saúde constitui ferramenta poderosa para se alcançar a saúde, se considerar a população escolar como um grupo favorável para trabalhar estas práticas precocemente, com base na sensibilização, conscientização e mudança de hábitos.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde recomendam que “a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”. Assim, da mesma forma que o aluno aprende na escola os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que lhe permitirão enfrentar os problemas da vida na comunidade, também deve aprender a adquirir os conhecimentos e hábitos higiênicos e de saúde em geral, que lhe permitirão alcançar o maior grau possível de saúde física, mental e social (SANMARTI, 1988).

No final da década de 1980, surgiu a estratégia “Escolas Promotoras de Saúde”, que teve como base o movimento de promoção de saúde, iniciado em Ottawa. Esta estratégia veio fortalecer o papel da escola na preservação da saúde e da educação, assim estendendo seu potencial educacional (LIBERAL et al., 2005). Considerando que a criança, ao entrar na escola, inicia sua convivência em comunidade, partilhando com o meio que a circunda conhecimentos que orientem na sua formação cidadã. Nesta fase, hábitos e costumes são absorvidos e irão perpetuar-se no decorrer da vida, influenciando seu comportamento e sua qualidade de vida. O meio social e o ambiente escolar mudam, ultrapassando sua função acadêmica e agregando uma ênfase nos relacionamentos sociais, formação do caráter, comportamento e cidadania. Na escola devem ser priorizadas ações de promoção e prevenção de saúde, sem que as ações curativas deixem de ser realizadas, utilizando o espaço escolar para abranger a coletividade (PENTEADO et al., 1996). A Escola Promotora de Saúde é aquela que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social, fomentando o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promovendo aptidões e atitudes para a saúde, autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar, num espaço físico seguro e

confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, bem como uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem. Navarro (1999) afirma que as escolas tradicionais, para seguir a filosofia e a prática das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), devem promover mudanças nas dimensões curriculares, psicossociais e ecológica, comunitária e organizacional.

No Brasil a educação pré-escolar, incluída na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, desde 1996, não tem caráter obrigatório, entretanto, um crescente número de crianças frequenta creches (IBGE, 2000). Embora exista preocupações relativas à prevenção de doenças transmissíveis, especialmente infecções respiratórias, o ambiente de creche é considerado importante para o desenvolvimento de programas de saúde (VICTORA et al., 1989).

Recentemente, estudos sobre a determinação de doenças crônicas em adultos têm reforçado o valor da atenção prioritária à saúde na infância. De acordo com esses estudos, doenças originadas no início da vida e riscos cumulativos de diferentes exposições durante o curso da vida influenciam o surgimento de doenças crônicas na idade adulta (KUH; BEM-SHLOMO, 1977). O ambiente da creche propicia a manutenção de uma boa saúde bucal de crianças. Estar matriculada em creche parece resultar em melhor saúde bucal para crianças, independentemente da classe social e condições nutricionais (PEREZ, 2002).

O ambiente da creche pode propiciar também a aquisição de comportamentos saudáveis pela criança, ajudando-a a estabelecer bons padrões de hábitos na vida adulta. Alguns estudos têm demonstrado que práticas dietéticas na infância influenciam o padrão de escolhas alimentares em idades posteriores, embora não esteja bem compreendida qual a extensão dessa influência (JAMEL et al., 1987).

2.4.2 A Família

Um programa educativo de saúde deve ampliar os conhecimentos já existentes e praticados pelas famílias ou grupos sociais e, por meio de diálogos, buscar a construção de novos aprendizados, resultantes de um resgate do saber popular e sua atualização pelo conhecimento científico, criando, em consequência, um ambiente social de desenvolvimento (MAMEDE, apud CORREA et al., 2002).

Para Serino et al. (1997), a higiene oral deverá ser realizada limpando a gengiva e dentes recém erupcionados com gaze limpa envolta no dedo, pelo menos uma vez ao dia. A iniciação precoce irá

acostumar a criança ao processo de higienização. Com relação ao uso da mamadeira ou a amamentação no seio, eles sugerem não colocar as crianças para dormir com a mamadeira ou evitar a amamentação no seio após a erupção do primeiro dente, usar a xícara após um ano e, portanto, desacostumar as crianças ao uso da mamadeira aproximadamente com um ano de idade.

A reeducação materna constitui-se na principal estratégia de prevenção da cárie, no entanto, neste processo encontra-se uma grande barreira, uma vez que é a mãe quem vicia a criança com maus hábitos e alimentação inadequada, sendo que a mudança de hábito torna-se o passo mais difícil de um processo educativo em relação à saúde bucal (RAMOS; MAIA, 1999).

No que diz respeito à doença cárie dentária no núcleo familiar, o estudo das condições socioeconômicas das famílias, é importante, pois estes fatores exercem forte influência nas condições de saúde bucal da população infantil (BASTOS; MONTE ALTO, 2003). Ainda, Freire et al. (2002), encontraram uma relação inversamente proporcional entre índice ceo (nº de dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua) e o nível sócioeconômico-cultural da família.

Fraiz e Walter (2001) em suas pesquisas sobre a influência de aspectos socioeconômicos e culturais na determinação de experiência de cárie dentária e na adoção de padrões de comportamento favoráveis à saúde bucal, concluíram que quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior sua severidade. Também é reconhecido que a pobreza faz com que o acesso ao tratamento odontológico se torne mais difícil. Este aspecto também se reflete na falta de informações sobre os auto-cuidados necessários à promoção e manutenção de saúde bucal.

Alguns estudos demonstraram que hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da família e principalmente da mãe, ademais, o conhecimento e a experiência de saúde da mãe podem influenciar no comportamento da sua saúde e da saúde do seu filho (CASTRO et al., 2002).

Na prevenção e controle da cárie deve-se estabelecer três medidas básicas: (1) controle da placa bacteriana; (2) consumo inteligente do açúcar; e (3) uso do flúor. Porém, tão importante quanto a aplicação desses métodos é conhecer o indivíduo, a comunidade envolvida e sua família (KRIGER; MOYSÉS, 1999). É importante entender que o padrão de higiene bucal faz parte de um conjunto de condutas familiares com relação às questões de saúde.

Também segundo Guimarães et al. (2003), o esclarecimento dos pais e do paciente em relação à manutenção da saúde bucal proporciona melhores condições para o desenvolvimento da criança, conduzindo-a a uma dentição permanente saudável. Assim, para aprimorar e manter a higiene bucal no núcleo familiar, o fator mais importante é a motivação da criança pelos responsáveis (BARRETO et al., 2003).

Pode-se considerar que a higienização bucal em crianças está associada à redução nos índices de cárie, não só pelo controle da placa bacteriana ou a ampliação do acesso ao uso do flúor, mas também porque a higienização bucal das crianças a nível domiciliar desperta na família a preocupação com a saúde bucal, tendo assim uma influência em diversos outros fatores, como por exemplo, a adoção de dieta mais equilibrada (BARRETO et al., 2003).

Segundo Saito et al. (1999) a orientação sobre alimentação possui um papel fundamental no controle da doença cárie, sendo que a família tem grande influência na aquisição de hábitos alimentares na infância. Além de que crianças apresentam maior receptividade a novas informações e conhecimentos (MEDEIROS et al., 2000).

Deve-se despertar no núcleo familiar a atenção odontológica para os primeiros anos de vida da criança, fase em que se estabelecem os padrões alimentares e os hábitos de higiene bucal. As orientações devem ser dadas ainda na vida intra-uterina, no binômio mãe-filho. Deve-se considerar a família como aliado na distribuição dos cuidados bucais e incentivá-la a buscar sempre o tratamento precoce e preventivo, pois quanto mais cedo a criança receber assistência, menor possibilidade terá de desenvolver lesões de cárie (MEDEIROS, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Demonstrar os métodos de prevenção da cárie dental direcionados a crianças de 0 a 6 anos de idade realizados no ambiente escolar e familiar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais ações de promoção de saúde bucal são realizadas na escola;
- Identificar quais ações de promoção de saúde bucal são realizadas na família;
- Analisar o conhecimento de pais e professores sobre temas básicos em saúde e higiene bucal, a forma de aquisição desses conhecimentos, a transmissão destes conteúdos às crianças e o interesse no desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura acerca dos métodos de promoção de saúde bucal e prevenção da cárie dental realizados em crianças de 0 a 6 anos de idade. Também foi realizada uma revisão da literatura abordando a odontopediatria em dois ambientes distintos: ambiente escolar e familiar. Foram analisados os resumos dos artigos indexados no MEDLINE; LILACS e BBO. A pesquisa foi limitada a artigos em português e inglês, sendo localizados a partir das seguintes palavras-chave: prevenção e promoção de saúde; saúde bucal; métodos de prevenção; cárie dental; criança; família; idade de 0 a 6 anos; escola. As palavras-chaves foram combinadas da seguinte forma: métodos de prevenção de cárie dental em crianças de 0 a 6 anos; importância da família e da escola na promoção de saúde bucal e prevenção da cárie dental; métodos realizados no ambiente escolar e familiar para prevenir a cárie dental em crianças inseridas nesta faixa etária.

A partir das palavras-chaves, os resumos foram lidos criteriosamente e, então desta maneira os artigos foram selecionados. A obtenção dos artigos na íntegra aconteceu através do Portal CAPES de Periódicos ou através de fotocópias de revistas impressas disponíveis na biblioteca. Os artigos foram lidos integralmente e também fichados pela pesquisadora.

Em uma segunda etapa da pesquisa, foi realizado um questionário (anexo A) direcionado aos professores(as) responsáveis por alunos entre zero e 6 anos de idade do Núcleo de Educação Infantil (NEI) Nagib Jabour do bairro Estreito e creche Fermínio Francisco Vieira do bairro Córrego Grande, ambos em Florianópolis- SC.

Este questionário, composto por 10 questões visou avaliar os métodos de promoção de saúde bucal que são utilizados pelos professores e/ou escola.

Também foi aplicado um questionário (anexo B) direcionado aos pais e/ou responsáveis por crianças entre zero e 6 anos de idade, matriculadas no Núcleo de Educação Infantil (NEI) Nagib Jabor e na creche Fermínio Francisco Vieira. Este questionário era composto por 09 questões para avaliar como é realizado a promoção de saúde das crianças em suas casas.

Previamente à realização do estudo, o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A acadêmica responsável pela pesquisa realizou a obtenção dos dados através dos questionários direcionando-os aos pais e/ou responsáveis e professores da faixa etária em questão, previamente a isso foi fornecido aos entrevistados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C). Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva.

5 RESULTADOS

Após a coleta dos dados, obtiveram-se os resultados descritos abaixo. Estes estão relatados seguindo a ordem das perguntas do questionário aplicado.

5.1 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFESSORES

O questionário foi aplicado com 15 professores. Observou-se que 73,4% dos professores avaliados haviam recebido informações a respeito dos cuidados de saúde bucal das crianças, e as fontes podem ser vistas na figura 1.

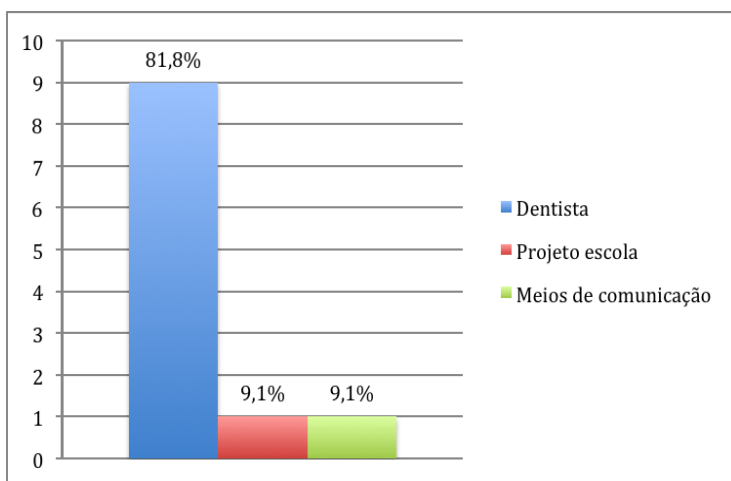


Figura 1 - Fonte de informações sobre saúde bucal.

Quando questionados a respeito do envolvimento do professor no processo de prevenção da cárie 100% deles responderam que o profissional deve estar envolvido.

Em relação à pergunta “Você sabe o que é placa bacteriana”, verificamos na figura 2 que a maioria das respostas foi afirmativa.

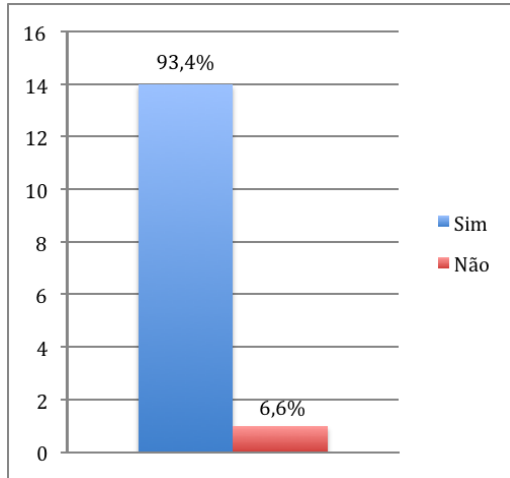


Figura 2 - Conhecimento sobre placa bacteriana.

Todos os professores (n=15) acreditam que a placa bacteriana pode ser removida. De acordo com a figura 3, dentre as respostas para como a placa pode ser removida, 73,2% dos professores citaram a escovação como um método sendo que 4 professores também citaram a participação do dentista neste processo. Os demais professores, 26,8% citaram que a remoção da placa é realizada somente pelo cirurgião-dentista.

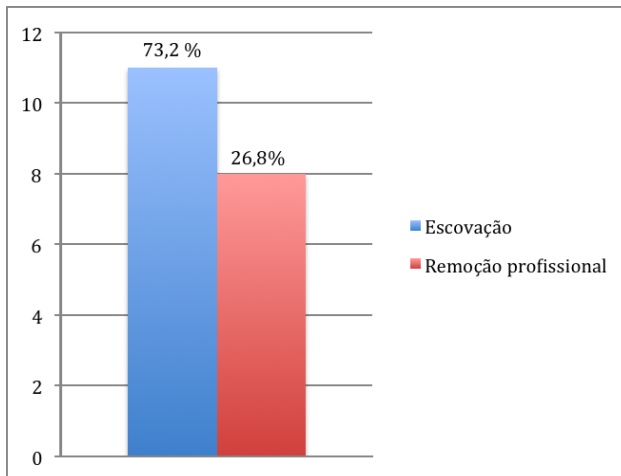


Figura 3 - Métodos de remoção de placa bacteriana.

Quando questionados em relação a qual importância tem a escovação dos dentes, segundo a figura 4, 73,4% responderam que é para evitar a cárie dental e apenas 26,6% para manter a saúde bucal.

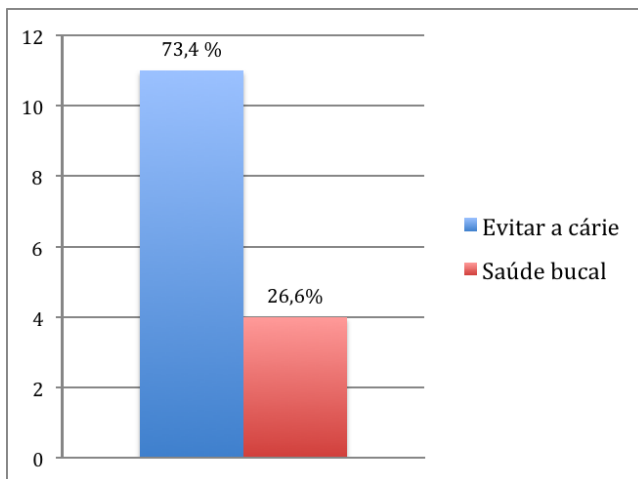


Figura 4 - Qual a importância da escovação dos dentes?

Todos os professores relataram que é realizada escovação nas crianças durante o período escolar, e de acordo com a figura 5, 86,7% realizam escovação 2 vezes ao dia (após almoço e jantar) e 13,4% realizam escovação nas crianças 1 vez ao dia (após o lanche da tarde).

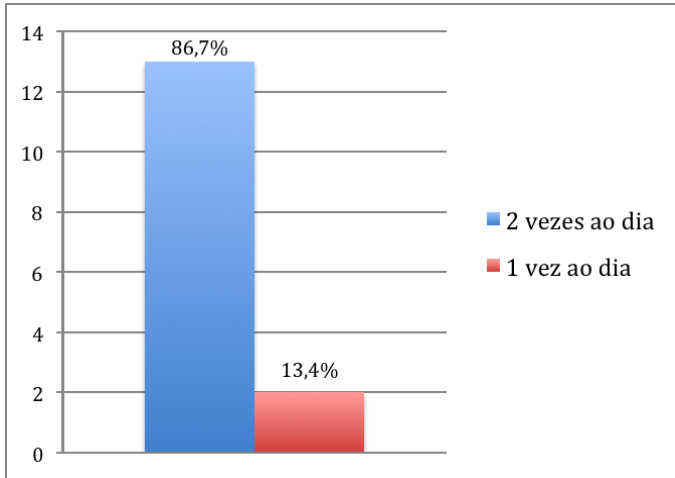


Figura 5 - Frequência de escovação em período escolar.

Quando questionados em relação à inclusão de assuntos sobre saúde bucal em suas aulas, 93,4% relataram que ministram esses assuntos, e apenas 6,6% afirmam não trabalhar o tema saúde bucal com os alunos, como descrito na figura 6. No entanto, todos os professores relataram que são realizadas atividades educativas relacionadas à saúde bucal na escola, como histórias, teatros, brincadeiras, e também aplicação de flúor pelos dentistas da unidade de saúde do bairro.

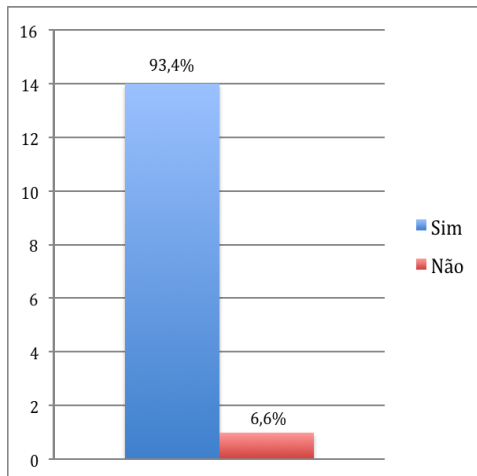


Figura 6 - Inclusão de assuntos sobre saúde bucal.

Observou-se através dos dados coletados, como mostra a figura 7, que 93,3% dos professores (n=14) citaram como função do educador a orientação à escovação dental, 20% também citaram a orientação à alimentação saudável e 6,7% a orientação aos familiares. Assim como, 6,7% educadores motivam as crianças a cuidar dos dentes.

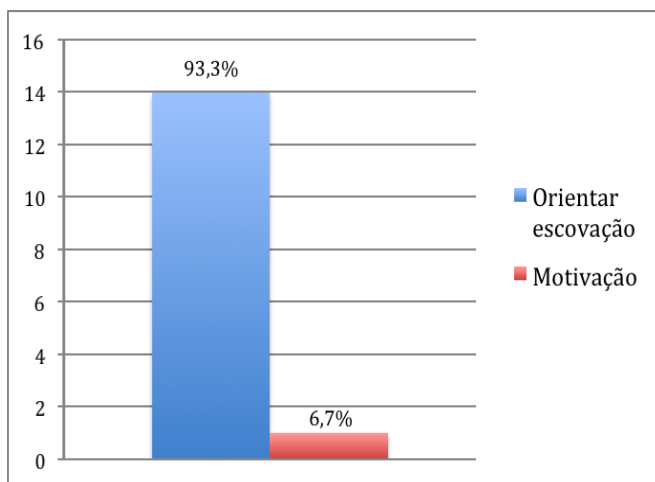


Figura 7 - Função do professor na educação sobre saúde bucal.

Quando questionados a respeito da maior dificuldade encontrada para realizar estas atividades na escola, 7 (46,6%) professores citaram a falta de conhecimento sobre assuntos, e 3 (20%) destes também relacionaram a falta de conhecimento com a falta de tempo para realizar atividades educativas em período escolar. De acordo com a figura abaixo, 53,4% dos avaliados não encontram dificuldades para desenvolver as atividades.

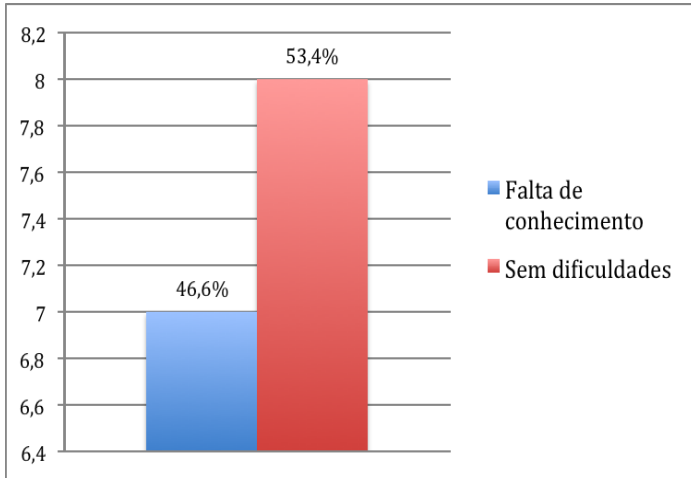


Figura 8 - Dificuldade encontrada para realizar as atividades educativas.

5.2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

O questionário foi aplicado com 100 pais e/ou responsáveis. Os pais foram questionados se receberam informações de como cuidar da saúde bucal de seus filhos, a maioria deles (90%) respondeu que sim. Apenas 10% pais constataram que não receberam nenhuma informação a respeito.

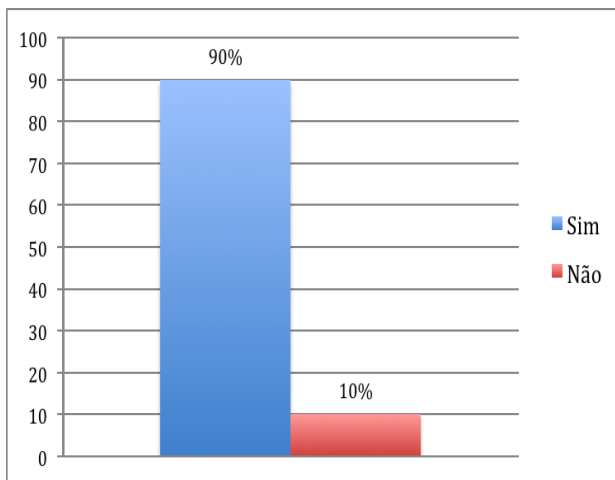


Figura 9 - Percentuais da resposta dos pais: “você obteve informações de como cuidar da saúde bucal do seu filho?”.

A tabela 1 descreve como os pais obtiveram as informações. Dentre os pais avaliados (n=100), o dentista foi a principal fonte transmissora de conhecimento (46,8%), o pediatra em segunda posição (32,8%).

Tabela 1 - Distribuição dos pais avaliados de acordo com a questão relacionada à fonte de informação sobre como cuidar da saúde bucal do seu filho.

| De quem você obteve as informações? | n | % |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Dentista | 64 | 46,8 |
| Palestras | 5 | 3,7 |
| Amigos | 7 | 5,0 |
| Pediatria | 45 | 32,8 |
| Escola | 15 | 11,0 |
| Enfermeira | 1 | 0,7 |
| TOTAL DE RESPOSTAS | 137 | 100 |

A respeito do conhecimento de como evitar a cárie dental, 89 (89%) pais responderam que sabem como evitar a cárie e 11 (11%) deles relataram não saber como prevenir a doença.

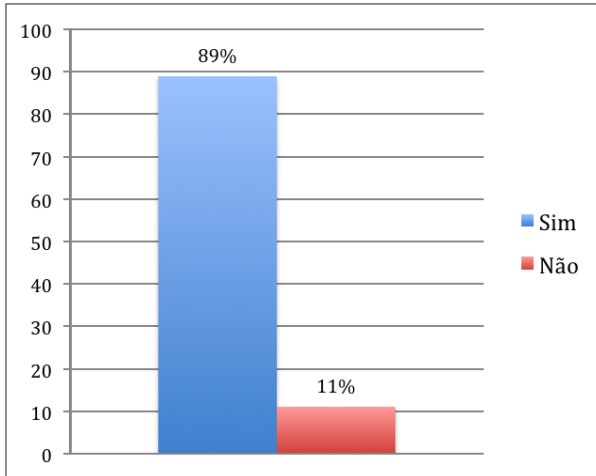


Figura 10 - Percentuais da resposta dos pais: “Você sabe como evitar a cárie?”.

Quando os pais foram questionados em relação a como evitar a cárie dental, 38% citaram apenas um método de prevenção, 55% citaram 2 métodos de prevenção e 7% citaram 3 ou mais métodos de prevenção da doença cárie. Os métodos citados foram: escovação dental; uso do fio dental; controle no consumo de açúcar; uso do flúor e visita regular ao dentista. A distribuição das respostas pode ser analisada na tabela abaixo.

Tabela 2 - Distribuição dos pais avaliados de acordo com a questão relacionada ao conhecimento dos pais a respeito das maneiras de se evitar a cárie dental de seus filhos.

| Como evitar a cárie dental? | n | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Escovação | 88 | 58,2 |
| Fio dental | 27 | 17,9 |
| Controle no consumo de açúcar | 31 | 20,6 |
| Flúor | 4 | 2,7 |
| Visita regular ao dentista | 1 | 0,6 |
| TOTAL DE RESPOSTAS | 151 | 100 |

A escovação dental, novamente foi citada pela maioria dos pais (n=94) como sendo o método mais utilizado em casa para prevenir a cárie dental (63%). O uso do fio dental é utilizado por 16,8%, evitar doces (15,4%), utilizar flúor (2,7%), antisséptico bucal (0,7%), visitar regularmente o dentista (1,4%).

Tabela 3 - Distribuição dos pais de acordo com a questão relacionada a o que é realizado em casa para prevenir a cárie dental.

| O que você faz em casa para prevenir a cárie dental? | n | % |
|---|------------|------------|
| Escovação | 94 | 63 |
| Evitar doces | 23 | 15,4 |
| Flúor | 4 | 2,7 |
| Fio dental | 25 | 16,8 |
| Antisséptico bucal | 1 | 0,7 |
| Visita regular ao dentista | 2 | 1,4 |
| TOTAL DE RESPOSTAS | 149 | 100 |

De acordo com a figura abaixo, 57% dos pais avaliados escovam os dentes de seus filhos 3 vezes ao dia, 27% deles, 2 vezes ao dia, 1 vez ao dia foi citada por 2%, e 4 vezes ou mais, por 14% dos pais.

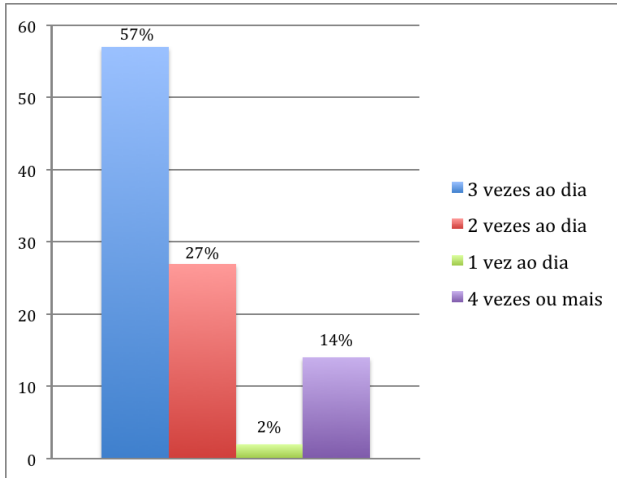


Figura 11 - Frequência de escovação dos dentes.

Quando os pais foram questionados e respeito de quais horários em que escova os dentes de seu filho, 2% relataram escovar apenas em um momento, 27% em dois horários e 71% relataram que a escovação dos dentes dos filhos é realizada em três ou mais horários.

Tabela 4 - Distribuição dos pais de acordo com a questão relacionada a quais os horários em que escova os dentes de seu filho.

| Quais os horários que escova os dentes de seu filho? | n | % |
|--|------------|------------|
| Manhã | 89 | 31,4 |
| Após almoço | 71 | 25 |
| Após lanche | 23 | 8,2 |
| Antes de dormir | 100 | 35,4 |
| TOTAL DE RESPOSTAS | 283 | 100 |

De acordo com a figura abaixo, 44% dos pais avaliados supervisionam a escovação do filho, escovando novamente após o filho. A criança escova sozinha em 20% dos casos, 24 (24%) pais escovam os dentes de seus filhos em casa, e 12% dos entrevistados constataram que às vezes escova os dentes de seu filho, e às vezes a criança.

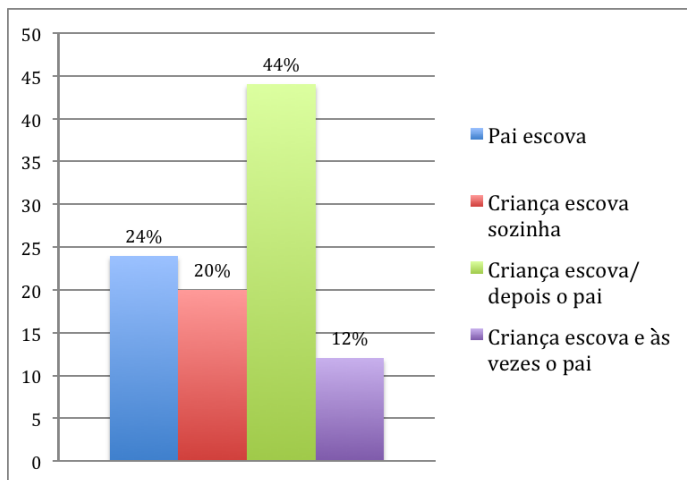


Figura 12 - Quem realiza e escovação?

Segundo a figura 13, quando questionados em relação à presença de cárie, 74% dos pais relataram que seus filhos nunca tiveram cárie dental. 26% afirmaram que seus filhos já apresentaram cárie dental.

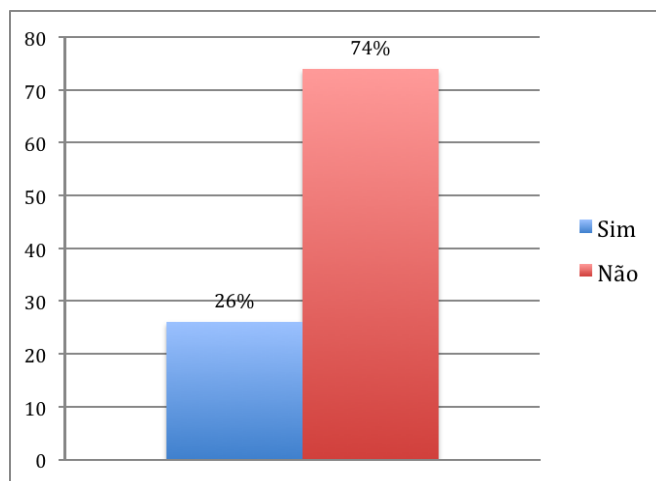


Figura 13 - Relação de respostas dos pais: “Seu filho já teve cárie?”.

Dos pais avaliados, 30 (30%) responderam que a cárie é transmitida de pais para filhos.

Quando questionados a respeito dos métodos de transmissibilidade, 66,6% citaram apenas um método, 16,7% dos pais citaram dois métodos e 16,7% citaram três maneiras de transmissão. Foram citados como métodos de transmissão da cárie dental de pais para filhos: o compartilhamento de talheres e escova dental, o beijo, a saliva e a hereditariedade.

Tabela 5 - Distribuição dos pais de acordo com a questão: Como você acha que a cárie é transmitida de pais para filhos?

| Como você acha que a cárie é transmitida de pais para filhos? | n | % |
|--|-----------|------------|
| Compartilhar talheres | 13 | 28,8 |
| Compartilhar escova dental | 13 | 28,8 |
| Beijo | 13 | 28,8 |
| Saliva | 5 | 11,3 |
| Hereditariedade | 1 | 2,3 |
| TOTAL DE RESPOSTAS | 45 | 100 |

6 DISCUSSÃO

A manutenção da saúde de uma comunidade depende diretamente da sua realidade sócio-comportamental. A conduta das pessoas frente esse processo é condicionada pelo conhecimento que as mesmas possuem sobre os procedimentos adequados para tal (RAMOS & MAIA, 1999). Portanto, conhecer os hábitos, a organização da comunidade onde os indivíduos estão inseridos, além do conceito de processo saúde/doença e de qualidade de vida, permite a elaboração de estratégias coerentes com esta realidade, que poderão propiciar a manutenção da saúde como um todo.

O professor atua como formador de opiniões e multiplicador de informações, a interação professor-aluno é necessária para que a construção do conhecimento seja alcançada, sendo importante também dentro dos programas de educação em saúde bucal. De acordo com Müller (2002) esta interação forma o centro de processo educativo, os programas preventivos- educativos em saúde bucal devem utilizar deste método como aliado na transmissão de conceitos para sua melhor assimilação. Em virtude disso, a utilização de agentes auxiliares de educação, como pais ou responsáveis e professores, deve ser cada vez mais estimulada e explorada (KING & LOUPE, 1974; SMITH et al., 1975; KENNEY, 1979; GOEL & SHETTY, 1997; PENG et al., 1997; PETERSEN & MZEE, 1998; CORONA, 1999).

Observou-se neste estudo que a maioria dos professores avaliados havia recebido informações a respeito dos cuidados necessários para manter a saúde bucal das crianças, sendo o dentista a maior fonte transmissora, outras fontes também foram citadas, como o projeto escola e os meios de comunicação. Corroborando os achados prévios de Santos et al. (2002), onde 91,67% dos professores já tinham conhecimento sobre o assunto, sendo mais uma vez o dentista (79,2%) a maior fonte de informações. A família também foi citada neste estudo com 16,7%, leitura de panfletos, jornais e livros (16,7%), meios de comunicação como televisão e rádio (12,5%) e a escola (6,25%). Pesquisas realizadas por Al- Tamimi & Petersen (1998); Glasrud & Frazier (1988); Lang & Woolfolk (1989); Oliveira (1996), em diferentes países, também encontraram o dentista como principal fonte de informações, representando 57%, 90%, 82,3%, 35,9%, 78% e 39,3% da população estudada, respectivamente. Por outro lado, Petersen & Esheng (1998) e

Petersen et al. (1995) encontraram a televisão como a mais citada, e o dentista surge na 6^a e 5^a colocações, respectivamente.

Quando questionados a respeito do envolvimento do professor no processo de prevenção da cárie, todos os professores entrevistados responderam que o profissional deve estar envolvido. Verificou-se que os educadores sabem o que é placa bacteriana, e todos acreditam que a placa pode ser removida. Dentre os métodos de remoção, a escovação, bem como a remoção profissional foram citadas. A remoção profissional, como sendo única maneira de remoção da placa foi citada por alguns dos entrevistados. Corroborando os achados de Santos et al. (2002), 93,8% dos professores responderam que a placa bacteriana pode ser removida, destes, 35,5% afirmaram que sua remoção ocorre pela escovação, 49,1% por meio do tratamento dentário e 20% pela raspagem. Apenas 8,9% responderam que a placa bacteriana poderia ser removida pela escovação e utilização do fio dental e 8,9% pela higiene correta. Nota-se que os professores avaliados apresentaram-se confusos com relação à remoção da placa dental, o fato de 26,8% mencionarem o tratamento dentário para sua remoção sugere que os indivíduos estejam comparando ou mesmo confundindo a remoção de placa com a de tártaro, assim como foi observado por Oliveira (1996). Verifica-se que, apesar da ampla divulgação a respeito da placa bacteriana, efeitos e formas de remoção, e do tártaro, tanto pelos profissionais quanto pelos mais diversos meios de comunicação este assunto não está adequadamente esclarecido.

Em relação à importância da escovação para os dentes, os professores responderam que a escovação evita a cárie dental e alguns também a associaram à manutenção de saúde bucal. Em contrapartida, Santos et al. (2002) demonstrou em seus estudos que apenas 42,5% associaram a escovação com a prevenção da cárie e 44,7% dos educadores citaram que a correta higienização bucal é importante na preservação da saúde e conservação dos dentes. Observa-se que em virtude de poucos entrevistados associarem a escovação com a saúde bucal de uma maneira geral, há certo desconhecimento da maioria da população a respeito de outras doenças que acometem a cavidade oral em decorrência de falta ou uma higienização deficiente, como por exemplo, a gengivite e a periodontite.

Em relação ao conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância, observou-se neste estudo que a maioria dos pais e/ou responsáveis já teve acesso a alguma informação sobre promoção de saúde bucal em seus filhos, sendo, o dentista a principal fonte transmissora de conhecimento e em segunda posição o pediatra.

Por outro lado, Guarienti et al. (2009) mostra em sua pesquisa que os pais obtiveram informações a respeito de saúde bucal em sua maioria através de livros e/ou revistas (25%) e pela televisão (24%). Poucos pais (19%) alegaram ter recebido informações em consultórios médicos ou odontológicos particulares e este percentual foi ainda menor para os postos de saúde (18%). Em estudos realizados por Cruz et al. (2004), observou-se que apenas 32,5% dos pais entrevistados receberam informações a respeito de saúde bucal, 61,6% relataram ser o pediatra o principal agente transmissor, 11,5% a enfermeira e 11,5% adquiriram conhecimentos através dos meios de comunicação ou por meio de palestras.

Segundo Moura et al. (2006), através do conhecimento adquirido pelo processo educativo, as famílias podem modificar as ações que vêm praticando ao longo dos anos com o novo conhecimento obtido pelos diversos meios de informação. No entanto, a mudança de hábitos é adquirida mais facilmente quando estas informações são obtidas por meio de profissionais qualificados e capacitados. Estes profissionais são capazes de construir juntamente com os pais a melhor forma de colocar em prática as informações recebidas, ao passo que as informações obtidas através da mídia podem não ser exatas, sofrer distorções ou dificuldades de entendimento. Desta maneira, a inserção de equipes de saúde bucal em pré-escolas proporciona mais precocemente o contato das crianças com a odontologia, além de realizar capacitação dos educadores e dos pais, oferecendo oportunidade a toda a comunidade para a aquisição de conhecimentos básicos sobre saúde bucal e hábitos de vida saudáveis.

O conhecimento de que a cárie dentária é uma doença causada por meio de microorganismos específicos é de extrema importância, pois permite uma atitude por parte dos pais de modo a interferir na iniciação ou progressão da doença em seus filhos (GUARIENTI et al., 2009). Neste estudo observou-se que poucos pais e/ou responsáveis acreditam que a cárie é transmitida de pais para filhos, ou por meio do compartilhamento de talheres e escova dental entre os membros da família. O beijo foi citado por poucos pais, bem como a saliva. Comparando os dados com os obtidos na pesquisa de Guarienti et al. (2009), 48% dos pais e/ou responsáveis responderam que a cárie pode ser transmitida de pais para filhos, no entanto, existe um desconhecimento por parte dos responsáveis acerca dos meios de transmissão de microorganismos cariogênicos através de hábitos entre pais e filhos, tais como beijo na boca da criança, utilização da mesma colher e limpar a chupeta com a boca (RAMOS & MAIA, 1999). Esses

fatores, associados aos hábitos inadequados de higiene bucal e a dieta cariogênica oferecida à criança, podem levar ao desenvolvimento de cárie. No presente estudo, alguns pais fizeram observações no questionário que apresentavam muitas dúvidas a respeito do processo de evolução da cárie, ou seja, o que acontece na estrutura do dente, qual a função das bactérias. É importante, portanto, que o dentista esteja cada vez mais próximo aos pais para esclarecer as dúvidas referentes à saúde bucal e com certeza um local interessante para realizar estas atividades é nas creches e escolas, em reuniões de pais e com cartazes expositivos.

Um dos principais fatores etiológicos para o estabelecimento da doença cárie é a presença da placa bacteriana, desta maneira a higiene bucal assume um papel de extrema importância, uma vez que a remoção do biofilme ainda é considerada o mais efetivo e acessível meio de prevenção à cárie (GUARIENTI et al., 2009). No presente estudo observou-se que a maioria dos pais e/ou responsáveis responderam saber como evitar a cárie, mais da metade dos entrevistados citaram a escovação dental como um método de prevenção da cárie, outros também responderam que evitar alimentos doces, usar o fio dental, o flúor e visitar regularmente o dentista contribuem para a manutenção da saúde bucal. No entanto, quando questionados a respeito do que é realizado em casa para evitar a cárie alguns pais responderam que apenas escovam os dentes dos filhos, e que mesmo sabendo da importância do uso do fio dental e do flúor, relataram no questionário que por dificuldades econômicas ou falta de tempo não utilizam estes métodos de prevenção da cárie dental em casa.

Segundo Brandão et al. (2006), a criança adquire o hábito de escovação e do uso do fio dental através da observação direta do comportamento da mãe, sendo que esta, muitas vezes repete o que aprendeu com seus pais, que possivelmente não tiveram orientação quanto à higiene bucal. Nesta pesquisa a maioria dos pais entrevistados responderam reforçar a escovação dos dentes da criança após ela mesmo ter escovado, alguns relataram escovar os dentes de seus filhos sempre quando estão em casa, no entanto, a criança escova seus dentes sozinha em alguns casos. Em contrapartida com achados prévios de Moura et al. (2006), onde demonstram que a maioria dos pais sabem da importância da higiene bucal como medida de prevenção à cárie e de manutenção da saúde, no entanto, deixam a higiene bucal a cargo dos filhos. Segundo os mesmos autores, o crescimento e o desenvolvimento de uma criança são condicionados pela herança genética e influenciados pelos hábitos familiares, sobretudo dos pais e/ou responsáveis.

Em relação à frequência de escovação, a maioria dos entrevistados realizam escovação em seus filhos 3 vezes ao dia, resultados superiores aos 27,1% encontrados por Beltrão (2004) e 30,5% obtidos por Cruz et al. (2004). Uma quantidade pouco significativa dos pais realiza a escovação apenas 1 vez ao dia, resultado muito inferior ao encontrado por Cruz et al.(2004) que correspondeu a 27,1%. Alguns pais relataram que em virtude dos filhos passarem o dia todo na creche, encontram dificuldade de controlar e realizar a escovação mas acreditam que a higiene bucal é realizada em período escolar.

As ações de promoção de saúde bucal voltadas à primeira infância devem priorizar a educação dos pais e/ou responsáveis, auxiliando na construção de hábitos saudáveis que irão diminuir a ocorrência de doenças e melhorar a saúde de toda a família. Nesse sentido, torna-se imprescindível ter conhecimento dos saberes dos pais e/ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal dos seus filhos, caracterizando uma ferramenta muito importante para a avaliação e planejamento das ações em saúde para este grupo da população que deve envolver todos os profissionais comprometidos com a promoção de saúde de uma criança.

7 CONCLUSÃO

A maioria dos entrevistados obteve informações a respeito dos cuidados com a saúde bucal das crianças, sendo o cirurgião- dentista a maior fonte de informações.

Na escola é realizada a escovação e inclusão de assuntos sobre saúde bucal nas aulas, no entanto, grande parte dos professores alegou apresentar falta de conhecimento sobre esses assuntos, confirmando-se a necessidade de maior incorporação do cirurgião-dentista nas atividades pedagógicas dentro das escolas, tanto para realizar atividades de educação e promoção de saúde bucal quanto para transmitir conhecimento aos professores a respeito de como evitar a cárie dental, o processo de evolução e as conseqüências na cavidade oral, para que desta maneira os educadores sintam-se capacitados a transmitir aos alunos informações corretas a respeito da importância de manter uma boca saudável livre de cárie e outras doenças.

A maioria dos pais avaliados apresenta conhecimento sobre os métodos de prevenção da cárie dental, no entanto, utilizam geralmente somente a escovação em casa.

A conscientização dos pais a respeito da promoção de saúde bucal em seus filhos é função do cirurgião-dentista. E quando este profissional da saúde atua dentro da escola, mais próximo aos pais e/ou responsáveis torna este processo mais viável e produtivo. Os pais relataram que apresentam muitas dúvidas a respeito do processo de evolução da cárie, ou seja, o que acontece na estrutura do dente durante este período e as conseqüências que a higiene deficiente acarreta em toda cavidade bucal, como em gengiva, mucosas e osso, e não apenas em dentes. Em virtude da importância do professor e dos pais e/ou responsáveis no processo de educação em saúde bucal na infância faz-se necessário maior contato destes com o cirurgião-dentista.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. IN: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 97-115, 2003.

AL- TAMINI, S.; PETERSEN, P.E. Oral health of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int. Dent. J.* (New York), v.48, n.3, p.180-6, June 1998. IN: SANTOS, P.A; RODRIGUES, J.A; GARCIA, P.P.N.S. **Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal**. *Rev. Odontol. UNESP, São Paulo*, 31 (2): 205-214, 2002.

BARRETO, E.P.R.; FARIA, M.M.G et al. **Hábitos bucais de sucção não nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar**. *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n. 29, p. 42-48, Jan/Fev, 2003.

BASTOS, J. T. L.; MONTE ALTO, L .A **Relevância do diagnóstico precoce da doença cárie e dos fatores predisponentes em crianças de tenra idade: relato de caso**. *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê*, Curitiba, v. 6, n.24, p. 56-59, jan/fev, 2003.

BELTRÃO,E.L. **Estudo da Prevalência de cárie em crianças de 12 a 36 meses de idade no município de João Pessoa- PB e sua relação com aleitamento e higiene bucal**. 132f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva Infantil), Universidade Federal da Paraíba,2004.

BONOW, M.L.M.; CASALLI, J.F. **Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças**.*J Bras Odontopediatria Odontol Bebê*, Curitiba v. 5, n. 27, p. 390,Set/Out, 2002.

BRANDÃO, I.M.G.; ARCIERI, R.M.; SUNDEFELD, M.L.M.; MOIMAZ, S.A.S. **Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil**. *CAD Saúde Pública* 2006; 22 (6): 1247-56.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB: 1993, 28p. IN: VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. **Profile of the dentists that participate in the family health program of Teresina (PI)**. Revista Odonto Ciência- Fac. Odonto/PUCRS, v.22, n.55, jan/mar.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1444, 28 de dezembro de 2000. IN: VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. **Profile of the dentists that participate in the family health program of Teresina (PI)**. Revista Odonto Ciência- Fac. Odonto/PUCRS, v.22, n.55, jan/mar.2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção de Saúde**. Secretaria de Política de Saúde. Brasília, 2000.

BUSS, P. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

BUISCHI, Y.P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. Ed. Artes Médicas EAP-APCD, 2000. IN: SILVEIRA, R.G.; BRUM, S.C.; SILVA, D.C. **A influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças**. RMAB, Rio de Janeiro, 52(1/2), Jan/Dez, 2002.

BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo, Artes Médicas, 2003.

BUISCHI, Y.P et al. **Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren**. Community Dentistry and oral Epidemiology, 22, p.41-46, 1994.

CASTRO, L. A et al. **A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso**. J Brás Odontopediatria Odontol Bebê, Curitiba, v. 5, n. 23 p. 70-74. Jan/Fev, 2002.

CRUZ, A.A.G.; GADELHA, C.G.F.; CAVALCANTI, A.L.; MEDEIROS, P.F.V. **Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, setembro- dezembro, vol.4, nº003, p.185-189, 2004.

CUSHING, A.M.; SHEIHAM, A. ; MAIZELS, J. **Developing sócio-dental indicators - the social impacto of dental disease.** Community Dent Oral Epidemiol; 3:3-17, 1986.

FABRE, R.C.; VILELA, E.M.; BIFFI, E.M.A. Programa de prevenção e educação em saúde bucal para crianças de 3 a 5 anos: um relato de experiência. Revista do Conselho Regional de Odontologia- Minas Gerais, v.4,n.2,p.101-107,1999. IN: SILVEIRA, R.G.; BRUM, S.C.; SILVA, D.C. **A influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças.** RMAb, Rio de Janeiro, 52(1/2), Jan/Dez, 2002.

FERREIRA, A.R.C.; GAIVA, M.A.M. **Atenção odontológica em bebês: percepção de um grupo de mães.** J Brás Odontol Bebê Odontopediatr, 4(22): 485-9, 2002.

FRAIZ, F. C.; WALTER, L.R.F. **O Comportamento Infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie.** J Bras Odontopediatria Odontol Bebê, Curitiba, v. 4, n.21, p. 398-409, Set/out, 2001.

FREIRE, M. C. M.; SOARES, F. F.; PEREIRA, M. F. **Conhecimentos sobre saúde dental,dieta e higiene bucal de crianças atendida pela faculdade de odontologia da Unidade Federal de Goiás.** J Bras Odontopediatria Odontol Bebê, Curitiba, v. 5,n. 25,p.231-239. Set/Out,2002.

GARBOZA, C. S.; WALTER, L. R. F. **Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina.** Semina. 18: 51-54. Edição especial, 1997.

GOMES, S.S. **Relação família-escola: uma parceria educativa na promoção da saúde.** Dissertação (Mestrado de Educação em Saúde). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

GLASRUD, P.H.; FRAZIER, P.J. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J. Public Health Dent. (Richmond)*, v.48, n.2, p.74-80, Spring 1988. IN: SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. **Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal.** *Rev. Odontol. UNESP, São Paulo*, 31 (2): 205-214, 2002.

GUARIENTI, C. A.; BARRETO, V. C.; FIGUEIREDO, M. **Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância.** *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, vol.9, n.3, septiembre- diciembre, 2009, p.321-325.

GUIMARÃES, A. O. et al. **As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês.** *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê, Curitiba*, v. 6, n. 29, p. 83, jan/fev, 2003.

KING & LOUPE, 1974; SMITH et al., 1975; KENNEY, 1979; GOEL & SHETTY, 1997; PENG et al., 1997; PETERSEN & MZEE, 1998; CORONA, 1999. IN: SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. **Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquar .** *J Brás Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6 (33): 389-97.

KRIGER, L.; MOYSÉS, S. T. **A filosofia de promoção de saúde na clínica privada.**

ABOPREV – Promoção de Saúde Bucal. 2 ed. São Paulo: Artes médicas. p. 411 – 431.

KUH, D.; BEM- SHLOMO, Y. **A lifecourse approach to chronic disease epedemiology.** Oxford: University Press,1977.

LANG, P.; WOOLFOLK, M,W. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J. Public Health Dent. (Richmond)*, v.49, n.1, p.44-50, Winter 1989. IN: SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. **Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal.** *Rev. Odontol. UNESP, São Paulo*, 31 (2): 205-214, 2002.

LEAVELL, H; CLARK, E. G. IN: BUSS, P. M.; 2000. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, 5, 1: 163-177, 1976.

MAMEDE, M.M. A criança na família e a família da criança. IN: CORREA FILHO, L.; CORREA, M.E.; FRANÇA, O.S. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos- saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E; p.481-93, 2002.

MICKEOWN, T. El papel de la Medicina. Sueño, Espejismo o Nemesis?.México: Século XXI, 1982.IN: ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HASS, N.A.T. **Education bucal health: sensibilization of childrens parents assisted in pediatric dentistry child clinic of two private universities**. Pesq Brás Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.4, n.1, p.47-51, jan/abr.2004.

MEDEIROS, Y. A. **Práticas educativas em saúde bucal para grupos específicos**. In: (RE) Construindo ações coletivas em saúde bucal. Fortaleza, p. 67 – 183, 2000.

MILIO, N.; KATZ, M. **Promoting health through public policy**. Journal of Health Politics Policy and Law, 8, 1: 176-177, 1983.

MILLER, M.C.; TRUHE, T.F. **Preventive dentistry for pediatric patients**. Califórnia Dental Association Journal, 2:42-44, 1995.

MINAYO, M. C. S. **Na dor do corpo, o grito da vida**. In: COSTA, NR et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, v. 2, cap.3. p.75-99, 1989.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.2.ed. São Paulo:Hucitec/Abrasco,1993.IN: ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HASS, N.A.T. **Education bucal health: sensibilization of childrens parents assisted in pediatric dentistry child clinic of two private universities**. Pesq Brás Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.4, n.1, p.47-51, jan/abr.2004.

MOISÉS, S.T.; WATT, R. **Promoção de saúde bucal – definições**: IN: (Re) Construindo ações Coletivas em Saúde bucal. Fortaleza, p. 94 – 113, 2000.

MORINUSHI, S. An evaluation of the dental health examination and guidance for one half year old children as Public Dental Health Service. Japanese Journal of Pedodontics, 3: 485-501, 1980.

MOURA, J.B.V.S. Representações sociais de professores sobre a organização do trabalho na escola e a promoção de ambientes educacionais saudáveis. Dissertação (Mestrado em Educação em saúde), Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

MOURA, L.F.A.D.; MOURA, M.S.; TOLEDO, O.A. Dental caries in children that partitipated in a dental program providing mother and child care. J Appl Oral Sci 2006: 14 (1):53-60.

MOYSES, S.T. Impacto de Políticas de Promoção de Saúde em Escolares Sobre Saúde Bucal de Crianças de 12 anos em Curitiba. Palestra realizada no 4º encontro Sul Brasileiro de Odontopediatria. Jaraguá do Sul- Sc. Tese de doutorado, 2000.

MÜLLER, L.S.A. Interação professor-aluno no processo educativo. Integração Ensino Pesquisa Extensão. 2002 nov; 8 (31): 276-80.

NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto), pp 293-310. São Paulo: Editora Santos, 2000.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto), pp 341-349. São Paulo: Editora Santos, 2000.

NAVARRO, C. Metodos de control de la placa bacteriana. In: SALA, E. et al (Ed). Odontologia preventiva y comunitaria, 2ª edição. Barcelona, Massa, p.69-75, 1999.

NOWAK, A.J.; WARREN, J.J. Infant oral health and oral habits. Pediatr Clin North AM, 2000; 47:1043-66. IN: MOURA, L.F.A.D. et al. **Knowlwdge of oral health and practices among mothers attending a mother-child dental care program.** Ciência e Saúde Coletiva, 12(4): 1079-1086, 2007.

OLIVEIRA, G.W. Conhecimento e aplicação de métodos de prevenção e controle da cárie dentária e inflamação gengival por professores de 1º grau (Dissertação de Mestrado). Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1996.

OPERMANN, R.V. A cárie como processo saúde-doença. IN: KRAMER, P.F.; FELDENE, C.A.; ROMANA, A.R. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria**. Ed. Artes Médicas, p.3-12, 1997.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). **Promoción de la salud: uma antologia**. Washington, D.C, 1996.

PENTEADO, R.Z.; PERREIRA, B.; TEIXEIRA, M.I. **Integração e educação em saúde. Novas possibilidades para o modelo de saúde bucal do escolar**. Ver. Brás. Saúde esc., v.4, mar/abril, p.23-31, 1996.

PEREZ, M.A.A. **Determinantes sociais e biológicos do período perinatal e da primeira infância na prevalência e severidade da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

PETERSEN, P.E.; DANILA, I.; SAMOILA, A. **Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in România in 1993**. Acta Odontol. Scand (Oslo), v.53, n.6, p.363-8, Dec. 1995.

PETERSEN, P.E.; ESHENG, Z. **Dental caries and oral health behavior situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China**. Int. Dent. J. (New York), v.48, n.1, p.210-6, June 1998.

PETERSSON, L.G.; TWETMAN,S.; PAKHONOV,G.N. **Fluoride varnish for community-based caries prevention in children**. Geneva: WHO; 1997.

PETRY, P.C.; PRETO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. IN: KRINGER, L. ABOPBEV: **Promoção de saúde bucal**. Ed. Artes Médicas, p.363-370, 1997.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. **Educação e motivação em saúde bucal**. In: KRINGER, L, organizador. Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização. 3ª Ed. São Paulo: Artes Médicas, p.371-85, 2003.

PINTO, V. G. **Educação em saúde bucal**. IN: Saúde bucal coletiva (V. G. Pinto, org.), pp. 311-317, Livraria Editora Santos,2000.

PINTO, V. G. **Prevenção da Cárie Dental**. IN: Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 4ª ed. 2000 p. 371-384.

RAMOS, B.C.; MAIA, L.C. **Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos**. Ver Odontol Univ São Paulo 1999; 13 (3):303-11.

REISINE, S.; LITT, M. **Social and psichological theories and their use for dental practice**. International Dental Journal, v.43, n.2, p.279-287, 1993. In: SILVEIRA, R.G; BRUM, S.C; SILVA, D.C. **A influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças**. RMAB, Rio de Janeiro, 52(1/2), Jan/Dez, 2002.

RESENDE, A.L.M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Editora Cortez, 1986.

RODRIGUES, CS. **Guia alimentar e incidência de cárie dentária em crianças matriculadas em creches públicas de Recife, Brasil**. Ver FOB,17 (1):11-8, 1999.

SAITO, S. K.; DECCICO, H.M.U.; SANTOS, M.N. **Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses**. Revista Odontol Univ. São Paulo, São Paulo, v. 13, nº 1, p. 5-11, Jan/Mar, 1999.

SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. **Avaliação do conhecimento do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal**. Ver. Odontol. UNESP, São Paulo, 31 (2): 205- 214, 2002.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – SUS – SP**. São Paulo, p. 8 – 15, 2001.

SERINO, R. J.; GOLD, S.B. **Infant and early childhood oral health care**. A New York State Dental Journal, 2: 34-35, 1997.

TERRIS, M. **Public health policy for the 1990s**. Ann. Review of Public Health, 11: 39-51,1990.

UNFER, B.; SALIBA, O. **A avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal.** Revista de Saúde Pública; 34(2):190-5,2000. In: MOURA, L.F.A.D. et al. Knowledge of oral health and practices among mothers attending a mother-child dental care program. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4): 1079-1086, 2007.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo, Hucitec, 1999. IN: ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HASS, N.A.T. Education bucal health: sensibilization of childrens parents assisted in pediatric dentistry child clinic of two private universities. *Pesq Brás Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.4, n.1, p.47-51, jan/abr.2004.

VICTORA et al. **Risk factor for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan área.** *Pediatrics*; 93 (6): 977-85, 1989.

WATT, R. **Oral health promotion: a guide to effective working in pré- school settings.** London. Health Education Authority; 1999.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança,** Niterói, 1994. [Tese- Universidade Federal Fluminense]. IN: VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Profile of the dentists that participate in the family health programo f Teresina (PI). *Revista Odonto Ciência- Fac. Odonto/PUCRS*, v.22, n.55, jan/mar.2007.

WEYNE, S.C. **A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações.** IN: SILVEIRA, R.G.; BRUM, S.C.; SILVA, D.C. A influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. *RMAB*, Rio de Janeiro, 52(1/2), Jan/Dez, 2002.

WHO (World Health Organization),1986. **The Ottawa Charter for health promotion.** Health Promotion 1, III-v, Geneva: WHO

WHO (World Health Organization),1988. **The Adelaide Recommendations, healy public policy.** World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen:WHO

WHO (World Health Organization),1991. **To create supportive enviroments for health.** The Sundsvall Handbook.Geneva: WHO

WHO (World Health Organization), 1997. **Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI.** Indonésia: WHO.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA OS PROFESSORES

1) Você recebeu informações a respeito dos cuidados que devemos ter com os dentes das crianças?

() SIM () NÃO

De quem? _____

2) Você acha que o professor deve estar envolvido no processo de prevenção da cárie?

() SIM () NÃO

3) Você sabe o que é placa bacteriana?

() SIM () NÃO

4) Você acha que a placa bacteriana pode ser removida?

() SIM () NÃO

Como? _____

5) Qual a importância da escovação de dentes?

6) As crianças realizam a escovação dental aqui na escola?

() SIM () NÃO

Quantas vezes? _____

Em que momento? _____

7) Você inclui em suas aulas assuntos relacionados com saúde bucal?

() SIM () NÃO

8) Quais atividades educativas em relação à saúde bucal são realizadas na escola?

9) Qual a função do professor na prevenção da cárie dentária ?

10) Qual a maior dificuldade encontrada para realizar estas atividades na escola?

- () falta de conhecimento a respeito do assunto;
- () desinteresse dos alunos;
- () falta de incentivo da escola;
- () outros _____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

1) Você obteve informações de como cuidar da saúde bucal do seu filho?

() SIM () NÃO

2) Quem passou essas informações para você?

- () pediatria;
- () palestras;
- () enfermeira;
- () dentista;
- () amigos;
- () escola;
- () outros

3) Você sabe como evitar a cárie dental?

() SIM () NÃO

Como? _____

4) O que você faz em casa para prevenir a cárie dental?

5) Você escova os dentes de seus filhos quantas vezes ao dia?

6) Quais os horários?

- 7) () Você escova;
() criança escova sozinha;
() criança escova depois você

8) Seu(sua) filho(a) já teve cárie?

() SIM () NÃO

9) Você acha que a cárie é transmitida de pais para filhos?

() SIM () NÃO

Como? _____

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Meu nome é Deborah e estou desenvolvendo a pesquisa “**A Escola e a Família como estratégias sociais na promoção de saúde bucal infantil**”, com o objetivo de analisar o conhecimento de pais e professores sobre temas básicos em saúde e higiene bucal, a forma de aquisição desses conhecimentos, a transmissão destes conteúdos às crianças e o interesse no desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal. Este estudo é necessário em virtude da importância da prevenção de doenças bucais em crianças e da promoção de saúde nos diversos meios de convívio social, na família e na escola.

Para isso, estou convidando você para participar, respondendo um questionário, simples e rápido, não tendo a realização de exames, tampouco trará riscos ou desconfortos a você. Você tem liberdade para aceitar ou não participar deste estudo, sem que haja qualquer prejuízo para você. Para participar, é necessário que você aceite fazer parte da pesquisa por livre e espontânea vontade. Caso aceite participar, posso garantir que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em segredo e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 99350189. Caso aceite a sua participação preencha o termo abaixo.

Eu, _____
_____, fui esclarecido sobre a pesquisa “**A Escola e a Família como estratégias sociais na promoção de saúde bucal infantil**”, e concordo com a minha participação nessa pesquisa.

Florianópolis, ____ de _____ 20__.

Assinatura do Pai/Responsável Legal/Professor (a)

RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Principal (Deborah Hanauer)

RG: 52158535 SSP/SC

Assinatura da Pesquisadora Responsável
(Profa Dra Mariane Cardoso)

RG: 2789606

Elaborado com base na Resolução 196/96 do CNS.