

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A CRIANÇA, A FAMÍLIA E A ESCOLA INSERIDAS NUM PROGRAMA DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS  
- INICIAÇÃO AO ESTUDO -

MARYNES TEREZINHA REIBNITZ

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA  
AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODON-  
TOLOGIA - OPÇÃO ODONTOPEDIATRIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE MESTRE EM ODONTOLOGIA, ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA.

Florianópolis, janeiro de 1990.

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE "MESTRE EM ODONTOLOGIA", ÁREA DE CONCENTRAÇÃO  
EM ODONTOPEDIATRIA - APRESENTADA PERANTE A  
BANCA EXAMINADORA COMPOSTA PELOS PROFESSORES:

  
PROFa. DRA. ROSETA DITTRICH VIGGIANO

  
PROFº ADIR PROBST

  
PROFa. HELENITA CALDEIRA DA SILVA

  
PROFº DR. ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA  
Coordenador

"Se estã planejando para um ano,  
cultive arroz;  
para dez anos, plante árvores;  
para cem anos., eduque o poyo."

Provérbio Chinês

DEDICATÓRIA

À mestre e amiga Rosita Dittrich Viggiano  
que sempre me apoiou e estimulou,  
e sem a qual, a realização deste trabalho  
não teria sido possível.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha mãe Zenir e a meu pai Eucario  
por me terem dado a vida e  
condições especiais para chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

A meus irmãos Sylvio, Annely, Paulo e Walter por serem quem são, preenchendo minha vida com toda espécie de surpresas.

A meus colegas de pós-graduação, especialmente Joecí de Oliveira e Mirene Cetsuko Nakane Alves Pereira pela colaboração efetiva nos momentos iniciais deste trabalho.

À equipe técnico-administrativa, professores e servidores da Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC, pela aceitação e apoio constantes, o que possibilitou a realização da parte prática deste trabalho.

Aos alunos das 8<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup> fases do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que realizaram estágio na Creche Casulo Especial durante as disciplinas de Estágio Supervisionado I e II, nos anos de 1988 e 1989, pela colaboração no desenvolvimento do programa educativo-preventivo.

Aos funcionários ligados ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente Ana Maria e "Tia" Marilda, por estarem sempre por perto em todos os momentos.

À Jeanete Jensen Eble, pelo paciente e competente trabalho de datilografia.

À Magda Camargo Lange Ramos, pela amizade e revisão das referências bibliográficas.

À Maria Eduarda Furtado de Carvalho, por sua disposição em realizar a revisão do vernáculo.

A José Augusto Furtado pela ajuda com o resumo em inglês.

A Rosimere Gutihá Meurer e Liana de Souza pelo trabalho de datilografia.

Ao Carlinhos, pelo seu apoio e compreensão nos últimos momentos.

## SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO .....	11
1 - REVISÃO DA LITERATURA .....	19
2 - PROPOSIÇÃO .....	64
3 - MATERIAIS E MÉTODOS .....	65
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	75
CONCLUSÕES .....	112
SUGESTÕES .....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	116
ANEXOS	



## RESUMO

A autora analisa o comportamento da Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC, no que se refere à sua participação social num programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais (atenção primária).

Evidencia-se, pelo estudo e observações feitas, que a participação da escola, família e comunidade necessita de reforços e acompanhamentos constantes para garantir o desenvolvimento sistemático do programa.

A não existência de cuidados de atenção primária à população escolar foi comentada, junto à análise da estrutura organizacional da instituição.

## SUMMARY

The author analyses the behaviour of the Special Cocoon Day Care Center of the Brazilian Legion of Assistance (LBA) of Florianópolis, SC, concerning its social participation in an educational programme of health and prevention of Oral Diseases (Primary Care).

It becomes evident, through studies and observations, that the schools', families' and community participation needs reinforcement and constant attention to guarantee the systematic development of the Programme.

Lack of care in primary attention to the school-age population was commented, together with the analysis of the organizational structure of the institution.

## INTRODUÇÃO

Tem-se falado muito sobre as tendências dos próximos dez anos, em termos da disseminação de uma consciência mais abrangente e efetiva, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Atribuem esse papel a todos que, inseridos num contexto social, não se satisfazem mais com as formas arcaicas e primitivas de relações sociais, econômicas e políticas que privilegiam poucos em prejuízo da maioria. Todos aqueles que acreditam que é preciso inovar, encontrar soluções criativas e simples para os problemas, com vontade política para transformar aquilo, aparentemente perpetuado pelo "é assim mesmo", "foi sempre feito assim" e pela lei de "levar vantagem em tudo".

O que cabe a cada um fazer no seu grupo de trabalho, na sua família, na escola, na comunidade? Que valores precisam ser resgatados em termos de credibilidade, honestidade e confiança?

É urgente lutar pela ecologia, mas é preciso pensar nas condições básicas ainda não resolvidas como o esgoto, o lixo, a falta de água. É preciso o desenvolvimento da pesquisa científica, da tecnologia e, ao mesmo tempo, direcionar esforços para eliminar o analfabetismo, priorizar saúde, alimentação e habitação.

O que fazer afinal para melhorar a qualidade de vida de cada um de nós?

Necessitamos de um esforço compartilhado de lideranças técnicas e leigas, respaldadas por decisões de alto nível político, para que se possam implantar projetos especiais de educação em saúde, reunindo efetivamente de maneira unidirecional, os esforços e recursos dos órgãos de saúde coletiva, de prestação de serviços pessoais, de formação de recursos humanos para que a população possa beneficiar-se desses esforços.

Não há justificativa científica para que apenas profissionais com nível superior detenham o direito da prestação de serviços e/ou orientações de saúde às populações. O desempenho dos recursos humanos estará numa dependência direta de correta seleção, treinamento, utilização e continuidade do aprendizado.

Dentre os avanços tecnológicos recentes, o das comunicações fáceis e rápidas entre os mais longínquos rincões do globo, fez com que o mundo se tornasse extremamente pequeno e ao mesmo tempo nos permitindo também conhecer melhor os problemas de nossos vizinhos. Isso nos revelou que grande número de problemas é universal e que, para a solução de quase todos eles, são necessárias abordagens multidisciplinares.

O conhecimento científico torna o investigador um especialista que se bitola em um mundo reduzido do saber, não procurando desenvolver um trabalho inter e/ou pluridisciplinar que globalize mais o conhecimento.

As ciências tornaram-se tão complexas que se perdeu o lado filosófico, no sentido de voltar a se preocupar com o "homem", agora separado pelo meio materialista. O mundo moderno não busca

o sábio em sua exigência de espírito, ele está desequilibrado e fechando-se cada vez mais para a reflexão, tornando-se individualista a procura de resultados imediatos.

É cada vez mais evidente que o processo de incorporação entre disciplinas ou entre diferentes especialidades de uma disciplina, deva ter o caráter de síntese transformadora.

A interdisciplinaridade busca, através de relações interdisciplinares, uma melhor comunicação, com necessidade de uma linguagem acessível, que corresponda ao diálogo e uma formulação global da existência humana.

Segundo Graciano e colaboradores (1988)<sup>42</sup> o trabalho interdisciplinar é aquele que foi planejado, executado e avaliado conjuntamente sempre com integração disciplinar. Tem como requisitos básicos: ter unidade de objetivos gerais, diversidade de conhecimento e funções específicas.

Duailibi (1989)<sup>30</sup> refere-se à equipe multidisciplinar odontológica como sendo uma equipe composta por vários profissionais de diversas áreas ligadas à Odontologia, onde cada elemento só pode ser compreendido no conjunto de suas relações com os outros. Esta equipe tem por objetivo o trabalho integrado de todos os seus membros no sentido de tratar o paciente como um ser completo e complexo - biopsicossocial - visando a sua reabilitação bucal. A prática profissional e de ensino da equipe está baseada em relações de troca e cooperação profissional, buscando sempre a tolerância mútua em benefício da funcionalidade do grupo.

A natureza e a complexidade dos problemas de saúde de hoje, exigem uma visão tão ampla quanto possível do contexto em que se desenrola a vida do homem.

Há milhares de anos o homem vem lutando contra as doenças. Muitos progressos têm sido efetivados, programas têm sido desenvolvidos em todo o mundo; entretanto fracassos virão se não contarmos com a cooperação dos indivíduos e das comunidades, que oferecem resistência com sua apatia e não aceitação. Estes obstáculos poderão ser superados por meio da educação em saúde cujo objetivo é o de se conseguir das populações um comportamento conducente à saúde.

Assumir responsabilidade com relação à saúde, vai depender da aquisição de conhecimentos científicos e da adoção de atitudes e práticas de saúde, visando principalmente à manutenção de ambiente saudável, à provisão e utilização de recursos de saúde, educação dos jovens e da população adulta, aplicação de legislação que favoreça a saúde e planejamento urbano adequado. A educação assume indiscutível importância na formação das individualidades, basta que analisemos o Ciclo Econômico da Doença descrito por Horwitz (apud Souza, 1967)<sup>108</sup> onde, partindo do indivíduo doente temos o indivíduo com energia de baixa qualidade, gerando, como consequência, baixa produção de serviços os quais, por sua vez, dão lugar a baixos salários que redundam em nutrição deficiente, educação insuficiente, habitação inadequada, fatores predisponentes às doenças, fechando-se dessa maneira o ciclo.

Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, verificamos um grande investimento em ações curativas; baixo investimento em ações preventivas; isto não impede o aparecimento de novos casos de doença que geram baixa produção de bens e serviços e assim sucessivamente. Para quebrar esse ciclo nefasto, só a educação atuando sobre o indivíduo de forma racional e adequada. A aspiração e o direito à educação faz-se no sentido de preparação para

atividades produtivas (meio) e compreensão do mundo em que vivemos (fim). Como meio, ela prepara o homem para as tarefas produtivas, os técnicos, os operários especializados para o desenvolvimento econômico. Com um fim, ela prepara o homem para encontrar-se consigo mesmo, para situar-se e compreender o mundo que o rodeia, para o autodesenvolvimento, para a vida plena; como tal, ela é um dos componentes da felicidade individual.

O comportamento em relação à saúde só pode ser mudado através do processo educativo. Saúde e educação são essenciais para uma vida pessoal e social efetiva.

Segundo Thomas Wood (apud Sá, 1957)<sup>101</sup> a educação em saúde, seja ela aplicada a quem for, consiste em criar hábitos, determinar atitudes e ministrar conhecimentos necessários à saúde e não apenas atuar na criação de hábitos, o que seria muito vago.

Marcondes (1968)<sup>75</sup> define educação em saúde como "um processo essencialmente ativo, que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando a obtenção da saúde".

Conquanto nos parece desnecessário, poderíamos dar uma definição sistêmica de saúde dizendo que "ela é um estado em que o indivíduo tem o vigor físico para o desempenho das atividades normalmente esperadas dos indivíduos de sua idade, não apresenta alterações na estrutura ou no funcionamento de seus subsistemas (órgãos e aparelhos) que causem dor ou desconforto ou possam ser origem de doença, e mantém harmonia e equilíbrio em suas funções mentais suficientes para uma vida normal de relações com seus semelhantes, dentro da cultura a qual pertence" (Chaves, 1978, p. 23)<sup>16</sup>,

Atenção especial deve ser dispensada, nesta meta de educação

em saúde, à camada mais carente da população, aquela de baixa renda, que fica à margem das informações e para qual o acesso e permanência na escola fica dificultado pelo aspecto econômico.

No Brasil, a classificação da população, conforme o nível de renda, toma como parâmetro o salário mínimo vigente estabelecido por legislação específica. Os órgãos oficiais que atuam na área social, mais especificamente através dos programas de alimentação popular, atendem à população de baixa renda que assim é classificada por auferir mensalmente, à nível familiar, remuneração de até 3 (três) salários mínimos.

A escola é uma instituição bastante importante na qual se deve atuar, se não a mais importante devido ao fato de estar em contato com a criança desde a mais tenra idade, possibilitando o desenvolvimento da educação em saúde. Ao se falar de escola, abrange-se desde os jardins de infância aos colégios secundários e até às universidades. Na escola pode-se atuar com modificações de hábitos e formação dos hábitos sadios, desde o asseio pessoal, pentear os cabelos, escovar os dentes etc ... que, quando adquiridos por intermédio da escola, são mantidos pela vida e se difundem em toda a coletividade (Sá, 1957)<sup>101</sup>.

A liderança da escola justifica-se por ser ela a responsável pela educação integral, dispondo de pessoal habilitado para realizar a tarefa educativa, reunindo grande parte da população (sendo por ela valorizada) e podendo dar à criança a atenção especial que necessita nas suas fases de crescimento e desenvolvimento.

Pesquisas a respeito da influência de fatores ambientais na inteligência indicam retardo progressivo entre crianças que se desenvolvem em meio que fornece apenas oportunidades mínimas para



a aprendizagem das habilidades que normalmente são incluídas sob o termo "inteligência".

No Brasil, observa-se também que um dos grandes problemas enfrentados na área de ensino diz respeito à alta proporção da população em idade escolar que, devido a um ambiente pouco estimulador nos primeiros anos de vida, chega à escola sem apresentar os requisitos mínimos necessários para o alcance dos objetivos propostos no programa.

Os estudos sobre o processo de nascimento, efeitos anestésicos durante o parto, separação mãe-neonato, experiências pós-natais, diferenças individuais, trouxeram colaborações significativas para melhor compreensão do desenvolvimento da criança e, diante de evidências sobre sequelas irreparáveis em seu desenvolvimento, coloca-se como prioritária a opção de programas para a prevenção e recuperação do pré-escolar, que se apresenta como a população mais vulnerável à carência de suas necessidades biológicas e psicológicas básicas.

A par deste quadro busca-se a aplicação de programas preventivos visando impedir as deficiências de desenvolvimento atuando-se com estimulação precoce adequada desde os primeiros meses de vida.

Não só a atuação da escola é importante. Deve-se também lembrar da família, que é o berço do indivíduo, onde ele passa grande parte de seu tempo. Deve-se dar atenção à educação sobre saúde para a família, possibilitando que ela possa reforçar e mesmo cobrar as atitudes higiênicas e posturais que irão melhorar e manter a saúde da criança, do adolescente e mesmo do adulto.

Chaves (1975)<sup>18</sup>, ao relatar um programa de recuperação de

desnutridos, diz que as mães das crianças assistidas por esse programa recebem instruções sobre o trabalho feito junto a estas e assim tornam-se capazes de continuar a domicílio o trabalho iniciado no centro de educação e recuperação nutricional; diz ainda que "algumas delas (das mães) sentem tamanho entusiasmo pelo programa e suas finalidades, que transmitem esse entusiasmo às outras mães da comunidade".

"As reflexões, questionamentos, dúvidas, conquistas apresentadas e analisadas, decorrem de uma prática educativa cujo crescimento e amadurecimento expressam uma realidade social cuja dinâmica é, para nós educadores, um verdadeiro desafio.

"Fazer educação numa perspectiva alternativa, em função das reais necessidades das populações carentes, situadas socialmente nas periferias do campo e da cidade, já expressa o fundamental da problemática com a qual nos confrontamos e para a qual não temos, historicamente, respostas válidas e conscientes. Caminhar na procura de soluções para esse problema, implica, antes de tudo, avançarmos na compreensão de suas origens sociais, econômicas, políticas e culturais a fim de que possamos construir alternativas válidas para sua superação" (Vieira, 1985, p. 33)<sup>119</sup>.

Fica-nos, pois, o desafio de responder dinamicamente sobre os efeitos da aplicação do componente educativo junto à criança, à família e à escola, na prevenção de doenças bucais.

## 1 - REVISÃO DA LITERATURA

A educação em saúde impõe o estudo do indivíduo e seu meio ambiente de forma ampla. Reservamos este capítulo para, enfatizar considerações gerais sobre os temas criança, família, escola e estudos sobre alguns meios de prevenção das doenças bucais, assuntos estes objetos do nosso trabalho.

### 1.1 - A Criança.

Para melhor compreendermos a criança no seu contexto social fizemos um breve estudo de alguns fatores que podem intervir no seu desenvolvimento, educação e saúde.

#### 1.1.1 - Influência da Tensão Materna.

Estudos foram realizados com o interesse de observar as influências do grau de ansiedade ou tensão materna nas características do recém-nascido. Os primeiros estudos se restringiram às experimentações laboratoriais. Sontag foi um dos investigadores pioneiros que realizou observações em grupos de mães e crianças, isto aconteceu na década de trinta.

Thompson (1957)<sup>112</sup>, Ader & Conklin (1963)<sup>1</sup> e Hockman (1970)<sup>51</sup> realizaram pesquisas experimentais com animais de laboratório em que a tensão materna era induzida em ratas grávidas para se verificar os efeitos no comportamento da prole. Ficou demonstrado

que haviam diferenças significativas entre os sujeitos gerados em condições de tensão e aqueles pertencentes ao grupo controle, gerados em condições normais.

Sontag (1970)<sup>107</sup>, nos achados de suas investigações, propõe que a tensão da mãe tende a ser acompanhada por um aumento nos movimentos corporais do feto; quanto mais prolongada a tensão, maior a atividade apresentada pelo mesmo e que este nível maior de atividade poderá continuar a ocorrer após o nascimento, acompanhado de maior irritabilidade e transtornos gastrointestinais por parte do recém-nascido. Igualmente estudou o papel do ambiente fetal nas variações do comportamento pré-natal. Para isto investigou respostas de alarme em fetos no período final da gestação, como a resposta a estímulos da natureza sonora de alta intensidade. Comparou também a frequência cardíaca da mãe e do feto em resposta à música como estímulo sonoro, constatando uma elevação significativa da frequência cardíaca fetal diante de tal estímulo.

Alencar (1985)<sup>3</sup> recomenda atenção às variáveis frágeis que devem ser consideradas ao se interpretar estudos de natureza comportamental, por exemplo, um desvanecimento dos efeitos da tensão materna nos filhotes, com o decorrer do tempo. Ainda com relação aos efeitos da ansiedade materna, é necessário lembrar também a influência de variáveis culturais e sócio-econômicas como fontes geradoras de tensão. Sabe-se que, dependendo dos valores culturais de um determinado grupo, uma mesma experiência pode ser ou não fonte de tensão. Portanto, variáveis culturais podem influir também na condição psicológica da mãe gestante, o que, por sua vez, pode afetar o desenvolvimento no período pré-natal e o ajustamento emocional e físico do recém-nascido.

"Dificuldades metodológicas têm sido, porém, apontadas no caso de estudos relativos às influências da tensão materna, especialmente naqueles que indicam uma relação entre tensão materna durante a gestação e comportamento apresentado pelo recém-nascido. Uma das críticas feitas a estes estudos diz respeito às dificuldades de se isolar a tensão materna persistente após o nascimento. Assim, ao se avaliar as características comportamentais dos recém-nascidos, é possível que a maior irritabilidade e problemas alimentares e intestinais manifestados, sejam antes efeitos das tensões emocionais exibidas pela mãe após o nascimento, que se refletiram em sua interação com o bebê, do que consequência de uma ansiedade ou tensão durante a gestação propriamente dita. Este fato - contaminação dos efeitos das influências pré-natais no desenvolvimento pós-natal pelo comportamento da mãe após o nascimento - aliado a fatores genéticos que não podem ser controlados, leva a um questionamento das possíveis relações sugeridas por estudos nesta área" (Alencar, 1985. p. 63)<sup>3</sup>.

#### 1.1.2 - Desenvolvimento Cognitivo.

Schaefer (1969)<sup>102</sup>, Painter (1969)<sup>88</sup>, Gordon (1972)<sup>41</sup> aplicaram programas educativos com o objetivo de acelerar o desenvolvimento espontâneo de crianças com privação cultural e prevenir déficits cognitivos e da linguagem, por meio de atividades como canções, jogos, imitações etc. incluindo a mãe diretamente nas atividades. Ao final dos programas apreciaram incrementos sugestivos na capacidade intelectual das crianças do grupo experimental.

#### 1.1.3 - Drogas.

Redmond (1979)<sup>94</sup> estudou outras variáveis que parecem afetar o desenvolvimento pré-natal tais como: drogas, fumo e álcool.

Diz que é preciso conhecer as grandes limitações de nosso conhecimento neste campo, já que ignoramos o efeito sobre o crescimento fetal da maior parte das drogas usadas durante a gestação. Pelo simples fato de desconhecer o efeito de uma droga sobre o crescimento fetal, não cabe induzir que este seja insignificante.

#### 1.1.4 - Doenças e Estado Nutricional Materno.

Meneghello (1949)<sup>81</sup> afirma que a criança subnutrida caracteriza-se geralmente por apatia, reação fraca à estimulação demonstrando uma falta de interesse generalizada em seu ambiente. Além disso, apresenta, muitas vezes, sintomas de irritação e um choro monótono constante e desagradável. Nesta situação, não é de admirar que as mães dessas crianças não sejam estimuladas a interagir com elas; são crianças que nunca sorriem, incapazes de demonstrar, em geral, qualquer manifestação de afeto, além do que, raramente, devido à apatia generalizada que lhes é peculiar, chamam a atenção para si mesmas através de gestos ou vocalizações.

Kaplan (1972)<sup>59</sup> realizou um estudo em mães com dieta deficiente em ferro constatando que esta deficiência dava origem a anormalidades congênitas nos recém-nascidos.

Herbert (1974)<sup>49</sup> estudou a influência da má nutrição materna sobre os nascimentos. Constatou que os filhos nascidos de mães má nutridas podem apresentar má formação congênita. problemas de raquitismo, epilepsia, paralisia cerebral, instabilidade emocional, prematuridade etc.

Alencar (1985)<sup>3</sup> registra déficits significativos no desempenho de crianças mal nutridas observados por Stoch & Smythe em 1967, Pollit & Granoff em 1967, e Monckeberg em 1968; alto índice de retardo psicomotor por Jelliffe em 1965, Geber & Dean em 1964,

e Monckeberg em 1967; distúrbios de memória e habilidade para aprender por Cravioto, Delicardic & Birch em 1966; evidências do desenvolvimento imperfeito das funções cognitivas e intelectuais do sistema nervoso por Scrinshaw em 1967.

## 1.2 - A Família.

A família é a força modeladora das crianças em desenvolvimento. Cabe a ela a socialização destas e a transmissão de valores, crenças e costumes da sociedade na qual se acha inserida.

Uma análise das relações entre práticas parentais e comportamento infantil, ressalta, pois, a existência de uma cadeia complexa de interações entre a criança e seus pais. Se constata uma influência recíproca entre ambos, onde tanto a qualidade do comportamento materno seria afetada pelas características e comportamentos do filho, como também o comportamento parental resultaria em experiências diversas para a criança, com importantes influências em todo o seu desenvolvimento (Mc Candless, 1967)<sup>78</sup>.

Na área da influência da família em características comportamentais do sujeito nos seus primeiros anos de vida, talvez um dos aspectos que tem suscitado maior interesse por parte de estudiosos e pesquisadores do assunto, diga respeito às características da qualidade da interação pai-criança e suas repercussões no comportamento da criança (Rutter, 1970)<sup>98</sup>.

Rutter (1976)<sup>99</sup> estudou exaustivamente a influência da tensão e discórdia familiar no comportamento infantil. Os resultados obtidos de suas investigações sugerem que a importância da qualidade da interação pais-criança, onde a ausência da aceitação e receptividade parental tem-se associado à apresentação de comportamento anti-social e delinqüente por parte da criança.

Dentre as áreas onde mais tem sido salientada a contribuição do pai, situa-se a tipificação sexual a par das áreas cognitiva e social. As pesquisas a respeito dos efeitos da ausência paterna indicam ainda que "filhos de pais ausentes tendem a buscar mais intensamente a atenção das pessoas masculinas mais velhas, apresentando um rendimento abaixo de sua capacidade (no caso da ausência do pai por divórcio ou deserção, mas não por morte) e dificuldade no processo de aquisição do papel sexual" (Lamb, 1976)<sup>66</sup>, (Rutter, 1979)<sup>100</sup>.

A relação entre o comportamento parental e a posição do filho na constelação familiar, já foi investigada e há inúmeras evidências indicando um comportamento diferencial da mãe em relação ao primeiro filho, ao segundo ou ao caçula. De modo geral, as mães dão mais atenção a seu primeiro filho e exercem mais pressão sobre eles no sentido de maior realização e responsabilidade. Quanto ao seguinte, tendem a permanecer mais relaxadas, mais consistentes e menos permissivas (Cohen & Beckwith, 1977)<sup>21</sup>.

### 1.3 - A Escola.

Um fator de especial importância educacional é o professor.

Dentre os aspectos já investigados relativos a algumas dimensões do contexto escolar - especialmente algumas dimensões do comportamento do professor que influem no aluno - salientam-se: suas características de personalidade (Kounin & Gump, 1961)<sup>63</sup>; as expectativas do professor (Clifford & Walster, 1973)<sup>20</sup>; relação entre a criatividade do professor e a de seus alunos (Alencar, 1974)<sup>2</sup>; influência de valores culturais vigentes na escola no processo de tipificação sexual e e saúde mental escolar (Alencar & Rodrigues, 1978)<sup>4</sup>.

Ao refletiram sobre as funções a desempenhar na escola, mui-



tos professores consideram que estas se restringem a ensinar e disciplinar. Por esta razão, tendem a se preocupar apenas com problemas apresentados pelos alunos que ocorrem em situações imediatas em salas de aula e que eventualmente dificultam o desempenho de sua função de ensinar e desenvolver habilidades acadêmicas. O grau de satisfação ou insatisfação do docente, as suas expectativas e o tipo de relacionamento que mantém com o aluno são variáveis podendo contribuir de maneira positiva ou negativa, tanto para o bom desempenho escolar quanto para o desenvolvimento psicossocial do sujeito em desenvolvimento (Alencar, 1985)<sup>3</sup>.

#### 1.4 - Relação entre Dieta e Cárie Dentária.

Miller (1890)<sup>82</sup> estabeleceu a teoria químico-parasitária na formação da cárie. Ele observou a formação da cárie como resultado da fermentação dos carboidratos da dieta, por bactérias, levando à formação de ácidos que dissolvem o esmalte.

Jay e colaboradores (1936)<sup>58</sup> num estudo realizado junto a um orfanato em Michighan, USA, notaram que as crianças que lá viviam apresentavam baixa prevalência de cárie. Pensava-se que este fato estava relacionado com uma boa alimentação. Ao se verificar se tal fato era verdadeiro, observou-se que a dieta era incompleta, deficiente em proteínas, sais minerais e vitaminas, contudo notaram também que o açúcar era ministrado em pequenas quantidades. Constatou-se então, que uma dieta incompleta, com ingestão de pouco açúcar resulta em baixa incidência de cárie dental. A dieta foi então corrigida quanto às deficiências sem aumentar a quantidade de açúcar nesta, tendo-se notado que a incidência de cárie continuava baixa. Notou-se assim, que uma dieta adequada com ingestão de pouco açúcar também resulta em baixa incidência de cárie. A seguir, deram açúcar a vontade para um grupo de crianças.

Após cinco meses observaram que estas crianças apresentaram um aumento de 31% na incidência de cárie em relação às demais que permaneceram como controle. Concluiu-se que a presença do açúcar tende a aumentar a incidência de cárie dentária.

Price (1939)<sup>93</sup> descreve que, as mudanças dietéticas que o homem se impôs com a industrialização, deu lugar a um rápido aumento das enfermidades degenerativas. Estudou regimes alimentares dos povos com cultura primitiva e os associou a seus bons dentes e boa saúde geral.

Stephan (1940)<sup>109</sup> realizou estudos sobre o pH da placa bacteriana e relata que os resultados obtidos parecem suportar a teoria químico-parasitária da etiologia da cárie dentária. A observação mais interessante é a de que dois minutos após a lavagem da boca com solução de glicose ou sacarose, o pH da placa desce abaixo de 3, o que representa um aumento da concentração de íons hidrogênio da ordem de mil vezes. O fato do efeito da queda do pH da placa alcançar maior intensidade nos primeiros trinta minutos após a ingestão da glicose e após este tempo ir diminuindo até um mínimo efeito após duas ou três horas, sugere que apenas a ingestão repetida de carboidratos pode manter o processo cariioso ativo.

Massler & Schour (1947)<sup>77</sup> observando 141 crianças com doenças crônicas, entre 6 e 14 anos, no Hospital de Pausilipon, em Nápoles, verificaram que a prevalência de cárie nestas crianças era mais alta que em crianças napolitanas não selecionadas, subnutridas, mas não doentes, na mesma faixa etária. Apesar da doença crônica e da subnutrição dessas crianças, a prevalência de cárie, porém, foi muito mais baixa que em crianças bem nutridas e saudáveis, em idade similar morando nos Estados Unidos. A baixa

ingestão de açúcar refinado, segundo os autores, pode explicar a menor prevalência de cárie entre as crianças subnutridas italianas em relação às crianças americanas.

A redução da quantidade do consumo de açúcar, durante a 2a. Guerra Mundial, mostrou evidências significativas da diminuição do alto índice de cárie, conforme nos mostram diferentes estudos feitos na Itália (Sognaes, 1948)<sup>106</sup>, Inglaterra (Mellanby & Mellanby, 1950)<sup>80</sup> e Japão (Takeuchi, 1961)<sup>110</sup>.

Estudos conduzidos com animais nos mostram a influência dos açúcares no processo de cárie; um deles, realizado por Orland e colaboradores (1954)<sup>87</sup> envolveu animais utilizando dois grupos de ratos susceptíveis à cárie. Cada grupo foi alimentado com uma dieta rica em carboidratos, com a diferença de que o grupo experimental foi alimentado com sonda gástrica, tirando o alimento de contato com a cavidade bucal e, o grupo de controle foi alimentado normalmente. Os resultados nos mostram que não houve desenvolvimento de cárie no grupo experimental enquanto que no grupo controle houve desenvolvimento de lesões cariosas, numa média de 6,7 lesões em cada rato. Isto sugere que a ação do carboidrato é fundamentalmente local, isto é, necessita haver contato deste com o dente.

Potgieter e colaboradores (1958)<sup>91</sup> publicaram uma pesquisa com base na dieta semanal de 864 escolares de Connecticut. As crianças que consumiam mais frutas e vegetais tinham uma dieta-base melhor, apresentavam menor incidência de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). A frequência de lanches entre as refeições mostrou uma relação ligeiramente positiva com a atividade cariogênica.

Zita e colaboradores (1959)<sup>124</sup> ao rever os dados dietéticos

de 200 crianças entre 5 e 13 anos, chegaram à conclusão de que o consumo médio semanal de açúcar era equivalente a 164 colheres de chá e, que o consumo entre as refeições equivalia a 55 colheres de chá. Aproximadamente um terço do açúcar livre ou dos carboidratos fermentáveis era, pois, consumido entre as refeições. Estes autores constataram haver pouca relação entre a incidência de cárie dental e o consumo total de açúcar. Contudo, havia alta correlação entre o açúcar consumido entre as refeições e a cárie.

Weiss & Trithart (1960)<sup>120</sup> em um estudo clínico com 100 crianças de 5 anos de idade, demonstraram que o índice de cárie tem uma relação linear com o número de guloseimas ingeridas entre as refeições. As crianças que não comiam entre as refeições apresentaram índice de cárie de 3,3, enquanto aquelas que comiam uma guloseima tinham um índice de cárie de 4,8; duas guloseimas, 5,7; três guloseimas, 8,5, e, quatro ou mais, 9,8. Os tipos mais comuns de guloseimas entre as refeições foram, em ordem decrescente de popularidade, os seguintes: chicletes, balas, refrigerantes, biscoitos e sorvetes. Isto nos mostra que a principal diferença entre dietas cariogênicas e não-cariogênicas não é a quantidade de açúcar ingerida, mas sim a frequência de seu contato.

Harris (1963)<sup>48</sup> publicou um estudo realizado de 1957 a 1961, em Bowral, Austrália, em Hopewood House, com 82 crianças internas dessa instituição, de idade média entre 10 a 15 anos, observados durante 5 anos. Estas crianças foram alimentadas com uma dieta lacto-vegetariana balanceada, sem doces. Quando comparadas com um grupo controle de crianças que se alimentavam com dieta sem supervisão, rica em doces, o índice de cárie das crianças de Hopewood era bem menor, mesmo depois destas crianças abandonarem a instituição e terem uma dieta sem supervisão. Este resultado pode ser interpretado também como uma reflexão do efeito protetor

sobre as cáries de uma dieta balanceada consumida durante o período de desenvolvimento pós-eruptivo.

Viegas (1982)<sup>117</sup> recomenda, baseado em um estudo de Viegas (1966), realizado em Piracicaba, sobre a relação entre ingestão de substâncias açucaradas às refeições, entre refeições e no total, e, o ataque de cárie na dentição permanente de crianças de 10 a 12 anos de idade, ingerir substâncias açucaradas apenas às refeições, evitando-se entre as refeições, pois neste caso elas são mais prejudiciais. O prejuízo maior ou menor foi expresso pelo coeficiente de correlação segundo o momento da ingestão das substâncias açucaradas e o ataque de cárie que foi menor às refeições (0,41), aumentou entre refeições (0,59) e foi maior no total de ingestões (0,74). O autor diz que o problema não é apenas a quantidade de açúcar que é ingerido diariamente, mas com que frequência, quando e sob que forma é ingerido este açúcar. As formas pegajosas, que aderem às superfícies dos dentes, são as mais prejudiciais, porque permanecem mais tempo em contato, possibilitando um maior ataque ácido à estrutura dental. A cárie se inicia quando açúcar sob qualquer forma alcança a placa bacteriana que está sobre os dentes e os microorganismos metabolizam o açúcar transformando-o em ácido. A placa mantém esse ácido junto aos dentes e, assim ele pode atacar o esmalte. Toda vez que se come alimentos com açúcar, esse processo se repete. Cada ataque ácido permanece, aproximadamente de 15 a 20 minutos atuante. Durante esse tempo, os dentes são submetidos a uma desmineralização de sua superfície decorrente da solubilidade da hidroxiapatia, fato que quimicamente depende do pH; quanto mais ácido o meio, maior é o grau de dissolução do esmalte dental.

O clássico estudo de Vipeholm, realizado por Gustafsson e colaboradores em 1954, citado por Fonseca e Guedes-Pinto (1984)<sup>35</sup>

foi o primeiro a demonstrar a importância entre a ingestão de doces e a produção de cárie dental feita em humanos. Este estudo foi feito com 436 pacientes doentes mentais, com idade média de 32 anos, internados em uma instituição de Vipeholm, Suécia e durou 5 anos. Os pacientes foram divididos em vários grupos e receberam diferentes tipos de dieta. Analisando-se quatro destes grupos, onde o primeiro recebeu dieta básica; o segundo, dieta básica e açúcar adicional em solução nas refeições; o terceiro, dieta básica e açúcar adicional no pão consumido nas refeições. e, o quarto grupo, dieta básica e açúcar adicional em forma de doces consumidos entre as refeições, os autores notaram que havia um aumento significativo nas cáries do grupo em que uma pequena quantidade de açúcar era acrescentada sob a forma de guloseimas entre as refeições. Entretanto, quando os doces eram retirados dos intervalos e dados junto com as refeições, a atividade de cárie decrescia significativamente. Os autores concluíram que:

1. o açúcar exerce efeito cariogênico sobre a superfície do dente;
2. farináceos (alimentos com amido), tais como o pão, não são tão cariogênicos como a sacarose;
3. a quantidade de açúcar não é de primordial importância;
4. a forma e a composição dos doces é crítica (retentivos e não-retentivos);
5. a frequência do uso é o fator mais importante na atividade cariogênica.

Slavutsky (1984)<sup>105</sup> diz que a cárie é uma doença que ataca igualmente pobres e ricos. Se fosse um problema de classes sociais, poder-se-ia pensar que as crianças das classes sociais mais baixas teriam mais cáries e que as de classes mais altas teriam menos cáries, mas isto não acontece. Há, no entanto, algo em

comum, que é a ingestão exagerada de açúcar, na forma de bolos, docinhos, bolachas, chicletes etc. Observa-se que o conteúdo das merendas em escolas de classe média alta é rica em açúcares e, quem dá a merenda são os pais, quem fiscaliza a hora de merenda são os professores e, como nenhum deles conhece o mecanismo da cárie e sua prevenção, por mais que se ensinem as crianças, não se conseguem mudanças de hábitos alimentares e de higiene. Em escolas públicas a situação é semelhante. Se a escola fornece a merenda, esta está sempre mais carregada de hidratos de carbono. Também é muito comum ver as mães pobremente vestidas, com um bebê no colo e um pacote de balas e bolacha na mão. Os doces e as balas representam uma recompensa, um presente à uma boa ação. Assim, é comum avós, tios e amigos chegarem para uma visita carregados de doces para as crianças. Faz parte da nossa cultura. Para a prevenção das cáries são necessárias três condições: higiene feita por uma boa escovação; ingestão de doces moderada; dureza do dente (aumentada pela aplicação de flúor). Todo cirurgião-dentista poderá ser um agente de mudança, assim como também os pais e educadores em geral. Quanto mais claros forem os problemas, mais soluções irão aparecendo.

#### 1.5 - Flúor.

Eager (1901)<sup>31</sup> fez algumas observações em dentes de emigrantes italianos relacionados à pigmentações e rugosidades nos dentes de pessoas que haviam vivido em certas áreas durante a infância; que tal ocorrência não era contagiosa e não tinha outras consequências além da estética.

Em 1945 é iniciada nos Estados Unidos, em Grand Rapids, a fluoretação das águas de abastecimento público como método de prevenção da cárie dentária. Rapidamente esse método preventivo

é adotado em várias partes do mundo. Assim sendo, é introduzido em 1952 na Suécia e Alemanha Ocidental; em 1953 na Holanda e no Brasil; em 1954 na Nova Zelândia; em 1955 na Inglaterra e Bélgica etc. (Grinplastch, 1974)<sup>43</sup> e (Katz, 1975)<sup>60</sup>.

Em 2 de maio de 1945, iniciou-se um estudo em Newburgh e Kingston, com a adição de 1,0 ppm de fluoreto de sódio na água de beber de Newburgh, enquanto a cidade de Kingston, que não tinha flúor na água, serviu de controle. Após 10 anos de fluoretação, nos resultados parciais, se vê que em crianças de 10 anos de idade, ou seja, aquelas que estiveram expostas ao flúor por toda a vida, houve diminuição de 57,9% na incidência de cárie; jovens com 16 anos apresentaram uma redução na incidência de cárie na ordem de 40,9%, e crianças de 10 a 12 anos, uma redução de 53,0%; estes resultados sempre comparados com as crianças dos grupos de controle da cidade de Kingston (Hilleboe, 1956)<sup>50</sup>.

Os efeitos benéficos do flúor na água de abastecimento começaram a ser estudados com o início da adição de 1 ppm de fluoreto de sódio na água de abastecimento da cidade de Grand Rapids, nos Estados Unidos em janeiro de 1945. Comparou-se os resultados com os da cidade de Muskegon, Michigan, cuja água de beber tinha 0,1 ppm de flúor, e a cidade de Aurora, Illinois, que tinha água com 1,2 ppm de flúor "natural". Após 15 anos de fluoretação obteve-se em Grand Rapids uma redução de cáries entre 47,9 e 63,2% (Arnold, 1962)<sup>7</sup>.

Em Brantford, Ontário-Canadá, a fluoretação iniciou-se em 20 de junho de 1945 com a adição de 1 ppm de flúor à água de beber. Foi realizado um estudo para comparar o comportamento da doença cárie incluindo-se as cidades de Sarnia que não tinha flúor na água, e Stratford com 1,0 a 1,5 ppm de flúor "natural" na água



de beber. O informe final deste estudo foi publicado em 1965 e mostra uma redução de cárie de 54,6% em jovens de 16 a 17 anos, nascidos em Brantford e expostos desde seu nascimento a uma concentração ótima de flúor em comparação com jovens da mesma idade residentes em Sarnia (a cidade sem flúor). Os jovens nascidos em Stratford que haviam sido expostos a 1,0 - 1,5 ppm de flúor "natural" tinham um índice de cárie 59,9% menor que os de Sarnia, ou seja, um grau de proteção perfeitamente comparável com o obtido em Brantford (Brown, 1965)<sup>11</sup>.

Pesquisas realizadas durante muitos anos, concluíram que grupos de pessoas que tinham susceptibilidade inferior à cárie dentária consumiam água contendo flúor. No entanto, a efetividade do flúor dependia de sua concentração; um excesso produzia resultados indesejáveis (esmalte manchado), embora reduzisse a cárie dentária e, uma quantidade muito pequena não oferecia benefício algum. Pesquisadores procuraram agregar à água de beber concentrações corretas de flúor em busca da prevenção da cárie dentária e após longas pesquisas, obtiveram sucesso (Maier, 1970<sup>73</sup>), Maier, 1971<sup>74</sup>).

Em Piracicaba, onde a água era fluoretada já há seis anos, Moreira e colaboradores (1973)<sup>83</sup> observaram uma redução de cárie dentária de 30,6% e após 9 anos o índice de redução foi de 33,7%. Analisando-se as crianças entre 6 a 9 anos de idade, que nasceram e ficaram expostas ao flúor durante toda a vida, o índice de redução de cárie chegou a 52,3%.

Vertuam & Miranda (1975)<sup>116</sup>, após observações clínicas de 430 escolares entre 7 e 12 anos de idade, nascidos e residentes em Araraquara, após 9 anos de fluoretação das águas, notaram uma

redução de cárie de 60,2% em média e, esta redução era muito semelhante em todas as idades observadas.

Na análise dos custos de um programa de saúde, chegou-se à conclusão de que o preço dos cuidados dentários para crianças que participavam deste programa e que residiam em áreas sem água fluoretada, era três vezes maior que para crianças participantes do mesmo programa e residentes em áreas com água fluoretada. Devido à fluoretação das águas ser mais eficiente para dentes em desenvolvimento que para dentes completamente irrompidos, as crianças pré-escolares devem ser mais beneficiadas com o uso desta fluoretação (Levy & Austin, 1984)<sup>68</sup>.

Viegas & Viegas (1985)<sup>118</sup> avaliando os índices de cárie de crianças de 4 a 14 anos, após aproximadamente 13 anos da instalação da fluoretação das águas de Campinas-SP, concluíram que houve uma redução da cárie dentária na ordem de 57% em média na dentição permanente e, que a redução da cárie nos primeiros molares permanentes foi de 51%. O mais importante dos achados talvez seja o fato de que na faixa etária estudada, 29% das crianças não apresentaram história de cárie ou seja, CPO-D igual a zero.

Tendo em vista os resultados das pesquisas realizadas no sentido de comprovar a efetividade do benefício causado pela adição de flúor às águas de abastecimento público, que apontam uma significativa redução da cárie dentária com absoluta segurança para a população, a utilização desse método preventivo foi recomendada pela ADA (Associação Dentária Americana) em 1950 e pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1969 (Grinplastch, 1974)<sup>43</sup> (Guedes Pinto, 1988)<sup>45</sup>.

### 1.5.1 - Mecanismo de Ação e Efeitos dos Fluoretos.

Krasse (1986)<sup>64</sup> descreveu os mecanismos de ação e efeitos dos fluoretos como sendo:

Mecanismo de Ação:

a) os fluoretos reduzem a solubilidade do esmalte e dentina em meio ácido; dentes desvitalizados também são afetados. O íon F poderá substituir o íon OH na hidroxiapatita, esta reação diminui a solubilidade;

b) os fluoretos aumentam a tendência de remineralização de lesões cariosas incipientes em esmalte e dentina. Numa mesma concentração de cálcio e fosfato e num mesmo pH, a presença de fluoretos aumenta a tendência de reprecipitação de fosfato de cálcio sobre superfícies dentárias;

c) os fluoretos diminuem a tensão superficial da substância dentária e, conseqüentemente, a capacidade de adesão aos dentes pelos microrganismos;

d) os fluoretos têm um efeito antienzimático e antimicrobiano; em altas concentrações, podem ter um efeito bactericida. Após bochechos com flúor, as concentrações encontradas na placa podem proporcionar um efeito antienzimático. Assim, a capacidade da placa bacteriana para produzir ácido pode ser reduzida e a produção de polissacarídeos extracelulares pode ser inibida. Finalmente, o flúor pode reduzir a síntese do polissacarídeo intracelular, isto é, uma reserva para produção de ácidos no Streptococcus mutans.

Efeito: o efeito dos fluoretos depende:

a) do tipo de sal usado. Por exemplo: o fluoreto estanhoso

(Sn F<sub>2</sub>) tem um efeito bactericida mais forte do que o fluoreto de sódio (Na F);

- b) da concentração da solução;
- c) do ph da solução;
- d) da duração da aplicação;
- e) da frequência da aplicação;
- f) da sensibilidade dos microorganismos.

#### 1.5.2 - Tipos de Flúor.

##### 1.5.2.1 - Endógeno.

- a) na água de abastecimento;
- b) nos alimentos;
- c) outras formas endógenas.

##### 1.5.2.2 - Exógeno.

- a) dentifrícios com flúor;
- b) flúor gel e soluções aplicadas profissionalmente;
- c) bochechos com flúor;
- d) vernizes com flúor;
- e) pasta profilática com flúor.

##### 1.5.2.1 - Endógeno.

- a) Flúor na água de abastecimento.

O consumo de água que contém quantidade suficiente do íon flúor, pelo menos durante o período compreendido entre o começo da formação e a erupção dos dentes, traz uma acentuada redução da cárie, cuja magnitude é, dentro de certos limites, diretamente proporcional à concentração de flúor na água (Katz, 1975)<sup>60</sup> (Chaves, 1986)<sup>17</sup>.

"A fluoretação das águas é a pedra fundamental da odontologia preventiva; é o método mais eficaz para a prevenção da cárie em comunidades com serviço público de água potável. Seus benefícios são conferidos a todos os moradores, sem necessidade da participação ativa e à margem do estado sócio-econômico, educação, motivação individual e disponibilidade de equipe odontológica" (De Paola, 1981. p. 67)<sup>28</sup>.

Chaves (1986)<sup>17</sup> diz ser a fluoretação das águas o melhor método de que se dispõe no momento para prevenção da cárie dentária. Sua grande vantagem sobre outros métodos de uso do flúor é não exigir nenhum esforço na cooperação dos indivíduos que dela se beneficiam. O benefício obtido é proporcional à quantidade de flúor a ser adicionada à água para se obter o nível ótimo. A água com cerca de 1 ppm de flúor determina uma redução na incidência de cárie na ordem de 50 a 60%.

Além dos efeitos benéficos sistêmicos durante os períodos de calcificação, o flúor na água de abastecimento exerce uma ação tópica significativa sobre os dentes irrompidos. Se a fluoretação das águas se interrompe, os benefícios se perdem num período de poucos anos (De Paola, 1981)<sup>28</sup>, (Chaves, 1986)<sup>17</sup>.

Pinto (1989)<sup>89</sup> diz que a fluoretação da água de consumo público é o mais seguro, efetivo, simples e econômico método de prevenção da cárie dental, que seu uso em áreas onde essa doença é um problema tem sido uma recomendação insistente das organizações de saúde pública internacionais e nacionais do setor saúde (OMS, 1984, 1978; FDI, 1981; Brasil, 1982).

"Um grande número de estudos desenvolvidos em distintos países comprova que na dosagem ideal - entre 0,7 e 1,2 mg/litro ou partes por milhão (ppm) de flúor segundo a temperatura média lo-

cal - reduz-se a prevalência de cárie dental entre 50 a 65% em populações sob exposição contínua desde o nascimento. Este nível de benefício é atingido num período de aproximadamente dez anos de ingestão da dose ótima. Esses resultados têm sido alcançados nos países que utilizam esta medida em larga escala como é o caso da Irlanda, Hong Kong, Cingapura, Malásia, Porto Rico, Estados Unidos, União Soviética, Brasil, Colômbia, República Democrática da Alemanha, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Tchecoslováquia, entre outros" (Pinto, 1989. p. 278)<sup>89</sup>.

b) Flúor nos alimentos.

Guedes-Pinto (1988)<sup>45</sup> comenta que não existe um consenso firmado da participação efetiva do flúor contido nos alimentos e a sua incorporação no esmalte em formação, no que concerne, se esta quantidade a mais de flúor possa provocar fluorose; também que não existem pesquisas formais quanto ao aspecto de que o flúor contido naturalmente nos alimentos possa ser considerado por si só como um método preventivo da cárie.

Quanto à incorporação proposital de flúor nos alimentos, Pinto (1989)<sup>89</sup> relata que vários produtos têm sido experimentados como veículos para a adição de flúor ao organismo humano, tais como o sal, o leite, açúcar, cereais, suco de frutas, entre outros. Este método deve ser colocado em prática apenas nas regiões onde a água não é fluoretada e onde a mesma seria por algum motivo não praticável.

b<sub>1</sub> - Flúor no sal de cozinha.

"A utilização do sal de cozinha, como veículo para a administração de flúor à população, é uma alternativa inspirada num método que se mostrou eficaz no controle do bócio endêmico, a

iodetação do sal" (Chaves, 1986, p. 117)<sup>17</sup>.

Pinto (1989)<sup>89</sup> relata que o método foi primeiramente utilizado na Suíça onde apesar da oportunidade de livre escolha pela população que compra pacotes de sal com e sem flúor nos mercados, cerca de 3/4 do sal vendido em 1967 era com flúor. A dose de 90 ppm de fluoreto de sódio no sal (ou 90 mg de íon flúor por Kg de sal) empregada com exclusividade até 1970, mostrou-se insuficiente sendo aumentada até chegar a um teor de 250 ppm que é o mais comumente aconselhado atualmente. Tecnicamente não há dúvida quanto à viabilidade de adição de fluoretos no sal; do ponto de vista epidemiológico também está demonstrado que os efeitos sobre a prevalência da cárie são próximos aos obtidos com o uso da água como veículo. Sempre que se desejar este método, entretanto, deverão ser superadas as dificuldades que se antepõem ao seu uso de maneira a assegurar um real benefício para a população.

## b<sub>2</sub> - Flúor no leite.

A fluoretação do leite mereceu pesquisas mais numerosas graças ao apoio de "Borrow Dental Milk Foundation" da Inglaterra, com resultados encorajadores (Rusoff, 1962)<sup>97</sup>. Entretanto, o flúor no leite é incompletamente ionizado e tem uma menor absorção no trato intestinal do que através da água, o que torna sua eficácia menor do que o método da fluoretação das águas, além de que é consumido basicamente por crianças de menor idade e de famílias com "status" social mais elevado, impedindo sua administração por períodos longos, como seria necessário, o que restringe sua possível cobertura populacional (Katz, 1975)<sup>60</sup> (Guedes-Pinto, 1988)<sup>45</sup>.

### b<sub>3</sub> - Flúor em outros alimentos.

Sobre a adição de flúor em outros tipos de alimentos como cereais, sucos, açúcar etc. existem várias pesquisas, mas existem também múltiplas desvantagens, como as preferências alimentares que influem na quantidade de alimentos ingeridos e também a possibilidade de que o flúor se ligue com alguns dos componentes dos alimentos tornando-se metabolicamente inativo (Katz, 1975)<sup>60</sup>; (Guedes-Pinto, 1988)<sup>45</sup>.

### c) Outras formas endógenas.

Bastos (1985)<sup>10</sup> diz que o uso de flúor endógeno como suplemento, através de gotas, comprimidos, soluções e polivitamínicos com flúor, é um meio efetivo na redução das cáries dentárias. Em áreas deficientes de flúor (concentração inferior a 0,3 ppm), a posologia recomendada pela ADA (Associação Dentária Americana) para crianças de até 2 anos de idade deve ser de 0,25 mg de flúor/dia. Para crianças entre 2 e 3 anos de idade, 0,50 mg de flúor/dia e para crianças de mais de 3 anos de idade, 1,00 mg de flúor/dia. A ingestão de flúor em áreas carentes deste íon deverá ser diária e continuada para beneficiar integralmente todos os dentes decíduos e permanentes. Para tanto, a ingestão deverá ser iniciada pela gestante (1,00 mg de flúor/dia) durante todo o período de gestação e continuada, segundo a posologia recomendada para crianças, até o irrompimento de todos os dentes permanentes, pelo menos até a idade de 12 a 13 anos. A suplementação de flúor em áreas com água fluoretada deve levar em consideração vários fatores: a) a água de abastecimento público é fluoretada convenientemente, durante todo o ano, beneficiando a população de toda a cidade, isto é, 100% da população está coberta; b) a água de abastecimento público é fluoretada, porém com interrupções variadas,



causadas por quebra de equipamentos ou falta de verba para manter em funcionamento o sistema durante todo o ano; c) a água de abastecimento público é fluoretada convenientemente, durante todo o ano, entretanto, somente um percentual limitado da população é beneficiado pela água tratada, ou seja, somente alguns bairros são atingidos pela rede; d) a população da cidade "não gosta" ou "não aprecia" o sabor da água tratada apesar das campanhas realizadas (ou não) pelas autoridades e prefere consumir água de outras fontes. Para cidades com teores médios de flúor entre 0,3 e 0,7 ppm, a posologia proposta é de 0,25 mg de flúor/dia para crianças até 3 anos de idade e 0,50 mg de flúor/dia para crianças de 3 anos em diante.

Chaves (1986)<sup>17</sup> diz que há duas maneiras de suplementar flúor diariamente em casa: uma dosando-o adequadamente na água que será utilizada na alimentação da criança, seja no preparo de mamadeiras e refeições, seja para beber; a outra administrando um comprimido ou uma solução em gotas, em geral uma só vez ao dia. A dosagem deve ser adaptada à faixa etária e ao teor natural ou artificial de flúor na água de abastecimento.

Pinto (1989)<sup>89</sup> comenta que outra maneira de levar esta suplementação de flúor à criança é a fluoretação da água nas escolas, adicionando flúor no reservatório de água dos estabelecimentos educacionais (caixas d'água), o que constitui uma aceitável possibilidade alternativa, reduzindo entre 20 a 35% a prevalência de cárie segundo alguns estudos. Possui como inconveniente o fato das crianças não receberem o benefício durante o ano todo, e sim, apenas durante o período letivo.

A suplementação de flúor tem um efeito preventivo similar ao da fluoretação das águas de abastecimento com cerca de 60% de re-

dução de cárie dentária quando usado diariamente, desde o nascimento até a puberdade, em torno de 13 a 14 anos de idade (De Paola, 1981)<sup>28</sup> (Pinto, 1989)<sup>89</sup>.

#### 1.5.1.2 - Exógeno.

White (1988)<sup>121</sup> diz que há pouca dúvida de que a atual baixa prevalência de cárie dentária, observada no mundo industrializado nas últimas décadas, tenha ocorrido devido ao aumento do uso de métodos chamados tópicos de ação do flúor.

Segundo Arneberg (1989)<sup>6</sup>, os conceitos sobre como o flúor previne cárie estão mudando. Inicialmente o benefício do flúor durante a formação do dente era considerado responsável pela resistência à cárie, mas isto não pode explicar como o flúor reduz a cárie após a erupção do dente. Em modelo moderno de cárie, mais dinâmico, a presença dos íons flúor durante o processo de cárie vai influenciar os processos de desmineralização, de tal forma que mesmo a resistência da superfície do dente a ataques de cárie subsequentes, será aumentada. Atualmente, a principal teoria diz que o flúor em soluções tópicas, água de abastecimento ou dentifrícios, forma um depósito na superfície do dente (ou na placa). Durante os períodos de formação de ácidos na placa, estes estoques de flúor são solubilizados e íons flúor livres influenciam a balança desmineralização-rem mineralização de um modo favorável. Neste processo os estoques de flúor são esgotados e a sua renovação é portanto necessária para um efeito duradouro; aí é que temos o papel importante do uso do flúor tópico nas várias formas para renovar estes estoques.

Temos vários tipos de veículos usados como forma de flúor tópico:

a) Dentifrícios com flúor.

O creme dental no Brasil foi considerado, durante muitos anos, como produto cosmético. Somente nos fins da década de 50 é que surgiu o primeiro creme dental com flúor. Já no início dos anos 60, novas marcas foram lançadas e a sedimentação de um segmento caracterizado pelos cremes dentais com flúor acabou se consolidando (Inácio, 1982)<sup>57</sup>.

O flúor na pasta de dente tem sem dúvida contribuído significativamente para a redução de cáries. Pastas de dente, fluoretadas não estão largamente disponíveis em países como Rússia e Alemanha Oriental, os quais não têm declínio de cárie. As pastas de dente com flúor têm demonstrado ser efetivas em reduzir cáries em adolescentes. O uso de uma pasta com flúor, desde cedo, pela criança, dá a certeza de que um nível de flúor intra-oral está presente quando os dentes irrompem na boca. Nesta fase os dentes são mais susceptíveis à cárie e o efeito terapêutico do flúor é maior. Além disto, o flúor pode interferir com o metabolismo, transmissão e implantação de microorganismos cariogênicos (Scheiham, 1984)<sup>104</sup>.

Cury (1989)<sup>26</sup> diz que atribui-se basicamente aos dentifrícios fluoretados o efeito principal na redução dos níveis de cárie no mundo industrializado e desenvolvido, tendo havido mesmo um sincronismo temporário entre o aumento do consumo destes dentifrícios e o declínio de cárie observado. Nestes países, o consumo de dentifrícios fluoretados corresponde a mais de 90% do total vendido, enquanto que no Brasil, até 1989, este total não era superior a 20%.

Cury (1989)<sup>27</sup> diz que a ação principal do flúor é participar diretamente do processo de cárie, equilibrando as reações de des-

mineralização e remineralização da estrutura do esmalte, e que, como o risco à cárie é individual, o uso racional do flúor implica na razão de sua presença mais constante na cavidade bucal em função da necessidade. A princípio, o importante em termos de controle do processo de cárie é conseguir que o paciente mantenha um regime de alta frequência e baixa concentração de flúor na boca. Para isso, o uso de dentifrícios fluoretados deve ser estimulado pois é um meio eficiente de manter flúor constante na cavidade bucal para o controle do processo de cárie.

b) Aplicações tópicas com flúor gel ou soluções fluoradas.

A aplicação tópica de gel com flúor pode ser feita de duas maneiras: uso diário por seis minutos de gel com flúor em moldes individuais, feito em casa, que é o que dá a maior proteção, chegando a uma redução de 75% do incremento de cárie e com efeito residual de dois anos com cerca de 55% de redução do incremento de cárie; a outra maneira é a aplicação profissional anual ou até 4 vezes por ano com reduções variando de 4% para 40% na redução de cárie (Oppermann, 1982)<sup>86</sup>.

A aplicação de soluções fluoradas é outro método de aplicação tópica e pode utilizar fluoreto de sódio 2% e fluoreto estannoso 8% seguindo várias técnicas. A efetividade destes métodos é comprovada por muitas pesquisas promovendo níveis variáveis de redução de cárie conforme a técnica e o tipo de flúor utilizado (Oppermann, 1982)<sup>86</sup> (Chaves, 1986)<sup>17</sup>.

A aplicação tópica de flúor promove seus melhores resultados sobre a dentição nos primeiros anos após a erupção dos dentes, favorecendo a maturação pós-eruptiva, mas também está indicada em casos especiais como mudança de atividade cariogênica devido a algum fator como mudança de hábitos higiênicos ou alimentares;

problemas de saúde que podem afetar a produção de saliva, ou uso de aparelhos ortodônticos por muito tempo (Guedes-Pinto, 1988)<sup>45</sup>.

c) Bochechos com flúor.

Os bochechos com soluções fluoretadas alcançaram grande popularidade no meio odontológico por sua comprovada eficácia, reduzindo custo e facilidade de aplicação, difundindo-se em um curto tempo praticamente por todas as regiões do mundo. No Brasil, a partir de 1972, um número cada vez maior de instituições escolares adotaram este método e, hoje, cerca de 2 milhões de crianças beneficiam-se com bochechos semanais de fluoreto de sódio a 0,2% (Chaves, 1986)<sup>17</sup> (Pinto, 1989)<sup>89</sup>.

Soluções neutras de NaF, ou ácidas (flúor fosfato acidulado com pH próximo a 4,0) a 0,2% para uso semanal ou a 0,05% para uso diário, têm sido as mais comumente usadas, embora soluções com fluoreto estânico -  $\text{SnF}_2$  - 0,1% também tenham obtido êxito. Seu efeito em termos de redução de cárie são da ordem de 35% e recentemente demonstrou-se que a redução adicional alcançada, mediante bochechos diários, é muito pequena em relação ao uso semanal, não compensando o esforço adicional exigido, no caso de programas em massa. Os efeitos preventivos só ocorrem durante o período de aplicação e validade do método, desaparecendo gradativamente com a sua interrupção (Katz, 1975)<sup>60</sup> (Pinto, 1989)<sup>89</sup>.

d) Vernizes com flúor.

Os vernizes com flúor já são regularmente utilizados nos programas de atenção a escolares em toda a Escandinávia. São suspensões de fluoreto de sódio em solução alcóolica de vernizes naturais. Permitem maior tempo de ação do flúor junto à estrutura dental pela retenção do verniz que dura muito mais que nos outros

veículos utilizados, com conseqüente melhoria nos resultados obtidos. Aproximadamente, a redução na prevalência de cárie esperada é de 40% com duas aplicações anuais. Em princípio, a redução de cárie na dentição decídua é menor que na permanente (Guedes-Pinto, 1988)<sup>45</sup>.

#### e) Pasta profilática.

A profilaxia com pastas profiláticas contendo flúor foi desenvolvida com a idéia de usá-las na limpeza e, ao mesmo tempo, promover uma aplicação tópica, tendo-se um método simples e fácil do uso do flúor sobre os dentes (De Paola, 1981)<sup>28</sup> (Chaves, 1986)<sup>17</sup>.

Quando os dentes são polidos, parte do flúor da superfície externa do esmalte é removida. De modo a compensar esta perda, pode-se usar pastas profiláticas fluoradas que contêm geralmente fluoreto de sódio (NaF) ou fluoreto de fosfato de sódio ( $\text{Na}_2\text{PO}_3\text{F}$ ) e uma substância compatível para polimento (Krasse, 1986)<sup>64</sup>.

#### 1.6 - Higienização Bucal.

Já se demonstrou que a produção de ácido pelas bactérias ocorre quase que imediatamente após o alimento entrar em contato com a placa bacteriana.

Fosdick (1950)<sup>36</sup> fez um estudo com 702 indivíduos acompanhados durante dois anos, sendo 273 do grupo controle e 429 do grupo de estudo. Estes últimos escovavam os dentes no espaço de 10 minutos depois da ingestão de alimentos ou doces e bochechavam imediatamente após. O grupo controle continuou com seus hábitos de escovação, desde que esses não incluíssem o horário desta escovação logo após as refeições. A maioria destes indivíduos escovavam os dentes ao despertar e ao deitar. As conclusões indicaram que escovar os dentes imediatamente após as refeições, reduz a inci-

dência de cárie em cerca de 50%.

Lindhe e colaboradores (1975)<sup>70</sup> e Badersten e colaboradores (1975)<sup>9</sup> observaram uma redução de 54 a 95% das cáries interproximais quando se empregavam fio dental, palitos interdentais, profilaxia e fluoretação tópica.

Horowitz e colaboradores (1977)<sup>56</sup> entretanto, não conseguiram demonstrar reduções significativas de cárie interproximal após o uso supervisionado de fio dental a cada dia escolar.

Wright e colaboradores (1977)<sup>123</sup> relataram que o uso frequente de fio dental resultava em uma redução de 52 a 55% do número de novas cáries interproximais.

Tanto a gengivite como a periodontite e a cárie são todas doenças infecciosas. Elas são causadas por micróbios que colonizam a superfície dos dentes. Os estudos clássicos indicam claramente que métodos que limpam a placa bacteriana de todas as superfícies do dente devem ser eficazes na prevenção de cárie e os que removam esta da região dento-gengival são os mais eficazes e provavelmente o único meio de prevenir as gengivites e periodontites. Concentrar esforços de higiene bucal na escovação das superfícies bucais e linguais dos dentes, com uma escova de dente, dificilmente será considerado como a solução para a higiene bucal, tendo em vista o conhecimento atual da origem das doenças dentárias. Um exame das necessidades de higiene provavelmente mostraria que, para a maioria das pessoas, as áreas de risco estão mais frequentemente localizadas nas áreas interproximais. Então a limpeza dos dentes deveria começar também por aí, com instrumentos específicos tais como fio dental ou palito. Temos ainda escovas interdentais e unitufo para auxiliar a higienização do espaço interdental e também para o indivíduo portador de próteses

fixas e aparelhos ortodônticos (Axelsson, 1981)<sup>8</sup>.

A placa bacteriana é a causa da cárie e da doença periodontal que em conjunto são denominadas doenças bucais. A remoção diária da placa bacteriana constitui o procedimento básico da prevenção e cura das doenças bucais. A remoção da placa bacteriana é realizada principalmente por meios mecânicos, com a utilização de escovas usuais, escovas unitufo, escovas interdentais, fio e fita dental e o palito triangular. Substâncias antibacterianas estão sendo desenvolvidas, mas são ainda, de uso limitado. Bochechos ou mesmo fortes jatos de água como os produzidos por aparelhos de irrigação forçada (water pick e outros) não conseguem remover inteiramente a placa bacteriana, devido ao acentuado poder adesivo da substância cimentante sintetizada pelas bactérias (Lima, 1982)<sup>69</sup>.

É razoável supor que a manutenção de uma higiene bucal ótima, através da escovação realizada regularmente, com técnica correta, coadjuva com o uso de fio dental ou outros meios auxiliares; possa ter efeito preventivo na ocorrência da cárie dentária. Infelizmente a observação clínica indica que a aptidão técnica, o tempo, o esforço e a perseverança para manter continuamente um nível elevado de higiene dentária, excedem a capacidade do ser humano mediano. Assim, a escovação ainda não pode ser considerada como meio de proteção específica contra a cárie dentária. Por hora, os hábitos de higiene bucal, incluindo a escovação, são considerados, sob o ponto de vista da cárie dentária, como um método de promoção da saúde (Chaves, 1986)<sup>17</sup>.

Os resultados de alguns trabalhos questionam seriamente os benefícios da escovação, do ponto de vista de controle da cárie.



Contudo as evidências que apoiam a importância da escovação na limitação da cárie, na melhoria da condição dos tecidos moles e como meio de aplicar pastas terapêuticas todos os dias aos dentes, devem certamente motivar o dentista a ensinar a escovação e motivar a população para sempre proceder a higienização bucal (Mc Donald & Avery, 1986)<sup>79</sup>.

O objetivo da higiene bucal é a eliminação da placa bacteriana e a manutenção das superfícies dentárias limpas. A importância que sempre se tem dado à higienização bucal está refletida em um ditado popular: "Dentes limpos não se cariam". Além disso, a higiene bucal é o aspecto fundamental da prevenção das doenças periodontais (Magnusson, 1987)<sup>72</sup>.

Para pacientes com cáries em áreas de maior acesso à limpeza (dentes anteriores ou superfícies lisas livres) há certamente razão na promoção de medidas de higiene bucal tanto para a prevenção de cáries como para a saúde periodontal, mas esta não deve ser a única medida preventiva de cárie em pacientes de risco. Medidas de higiene bucal têm sido, por muito tempo, defendidas pela profissão odontológica, como método para prevenção de cáries. No entanto, estudos clínicos indicam que os programas de higiene bucal são muito menos efetivos no combate à cárie do que na promoção da saúde periodontal. A provável razão para isto é que a maior parte das áreas cárie-susceptíveis do dente (fissuras e superfícies proximais de dentes posteriores) são extremamente difíceis de serem limpas pela maioria dos pacientes. Por outro lado, a limpeza regular destes sítios por dentistas ou por higienistas resulta em uma prevenção de cárie muito melhor do que a limpeza diária feita pelo próprio paciente (Arneberg, 1989)<sup>6</sup>.

### 1.7 - Programas de Educação em Saúde.

Podshadley & Shannon (1970)<sup>90</sup> investigaram a efetividade de um programa de educação em saúde bucal, em mudar os hábitos de higiene bucal em crianças de 10 a 12 anos de idade por meio de análise do índice de performance de higiene pessoal (PHP). O programa consistia em uma curta palestra sobre higiene bucal, depois as crianças assistiam a um filme e tinham um curto tempo para fazer perguntas. Após, recebiam um kit de higiene bucal e eram instruídas a realizar a limpeza da boca. O grupo de estudo apresentou melhora estatisticamente pouco superior no índice PHP que o grupo controle, que também apresentou alguma melhora após seis meses de estudo.

Klass & Rhoden (1981)<sup>62</sup> desenvolveram um programa de educação em saúde bucal em Iowa, USA, envolvendo crianças de uma pré-escola, pais e pessoal da escola. O programa incluiu uma visita introdutória, observação da população alvo, pré-avaliação da situação dentária, três lições sobre dentes, entrevista com os pais, mais uma lição, esta sobre escovação, visitas domiciliares e pós-avaliação da situação dentária. Notou-se que no término do programa, as crianças não estavam mais apreensivas com o pessoal que desenvolveu este, como estavam no primeiro encontro; também percebeu-se que houve melhoria no conhecimento dentário das crianças confirmado nas entrevistas com os pais. Houve melhoria nos hábitos de higiene bucal das crianças, percebido na escola e em casa.

Frazier (1983)<sup>37</sup> diz que como parte integral do sistema de cuidado com saúde bucal, as escolas de odontologia devem liderar a educação da comunidade e promover a prevenção odontológica, criando profissionais, acadêmicos e propagandas voltadas para a

efetividade dos métodos preventivos e estimulando a adoção de métodos preventivos apropriados nas escolas, consultórios e outros centros comunitários.

Holt e colaboradores (1983)<sup>54</sup> realizaram um estudo onde 314 mães, residentes em Londres, com filhos muito pequenos foram visitadas em suas casas por um educador dental em três ocasiões, quando receberam informações sobre saúde bucal para seus bebês e também um suplemento grátis de comprimidos de flúor. Os resultados obtidos por meio de questionários sugerem que esta forma de educação em saúde bucal é eficaz. Todas as mães aceitaram e passaram a dar à seus filhos o suplemento de flúor. Após 16 meses, 65% destas mães ainda estavam usando o suplemento de flúor.

Carvalho (1983)<sup>14, 15</sup> verificou a influência de material de ensino constituído sob a forma de história em quadrinhos no comportamento sobre higiene bucal de crianças de 10 anos de idade residentes em Londrina, PR. A avaliação foi feita por meio de controle de placa dental e entrevistas. As crianças que leram o material instrucional apreciaram este e modificaram seus hábitos de higiene bucal diminuindo seu índice de placa dental.

Frazier e colaboradores (1983)<sup>38</sup> aplicaram questionários sobre programas de prevenção odontológica com objetivos de conhecer as prioridades destes e de dar à Federação Dentária Internacional subsídios para assistir às nações associadas nos programas de prevenção para crianças em idade escolar. Como resultado de 119 questionários respondidos, vindos de 34 países identificaram três grandes necessidades:

1. aplicações mais eficientes de cuidados primários, especialmente contra as cáries;

2. Relacionar melhor os objetivos, tipos de serviços e métodos de avaliação dos programas;

3. maior entendimento do alcance dos aspectos de educação comunitária sobre saúde bucal, prevenção e tratamento dentário.

Poulsen e colaboradores (1983)<sup>92</sup> desenvolveram um estudo para verificar a possibilidade do desenvolvimento de um programa de educação em saúde bucal em colaboração com pessoas-chaves de uma comunidade rural na Dinamarca, que envolvesse crianças pré-escolares. O programa se desenvolveu com visitas de higienistas às pessoas-chaves da comunidade, principalmente enfermeiras, babas e professores de enfermagem onde se transmitiam informações sobre o programa para que estas fossem levadas à população coberta por estas pessoas-chaves. Após três anos do programa os autores concluíram que é possível fundamentar um programa de prevenção odontológica para crianças pré-escolares em colaboração com pessoas-chaves de uma comunidade. O nível de cárie das crianças pré-escolares da comunidade foi controlado e houve diminuição deste durante o desenvolvimento do programa.

Ehudin & Martin (1983)<sup>32</sup> descrevem um programa de educação em saúde que é desenvolvido por estudantes de odontologia em escolas primárias. O programa consiste em aulas e demonstrações para as crianças em geral e formação de tutores entre as crianças maiores para controlar a higienização dos menores, fazendo a manutenção deste programa. Após a avaliação concluiu-se que houve melhoria na saúde bucal, higiene bucal e nutrição entre as crianças; os professores relataram entusiasmo entre as crianças menores e seus tutores e, melhoraram seus conhecimentos de higiene bucal.

Loupe & Frazier (1983)<sup>71</sup> conduziram um estudo entre 1973 e 1981 para medir os conhecimentos e atitudes de professores de

Minneapolis, USA, e a participação destes nos programas escolares. Por meio de questionários aplicados concluíram que os professores aceitavam lecionar sobre saúde bucal, mas não assumir responsabilidades neste aspecto, os professores tinham informações básicas incorretas sobre os propósitos da higiene bucal pessoal e sobre o efeito do consumo de água fluoretada na prevenção de cáries. Concluíram também que o conhecimento dos professores não foi modificado pelo passar do tempo e pela participação nos programas preventivos escolares.

Hager & Krasse (1983)<sup>46</sup> conduziram um estudo onde 18 empregados de uma empresa suíça foram treinados como educadores de saúde bucal, os quais passavam as informações de saúde para grupos de 10 pessoas. Foram realizadas duas reuniões em 10 meses. Após a primeira reunião 22% dos envolvidos reduziram o consumo de açúcar e 28% passaram a fazer bochechos com flúor. Os resultados mostraram melhoria nos conhecimentos de saúde bucal dos envolvidos, sugerindo que este tipo de programa é eficaz.

Craft e colaboradores (1984)<sup>23</sup> fazem um estudo para determinar a efetividade de um programa preventivo chamado "Natural Nasher" baseado na apresentação de uma conferência onde se utiliza, no final, um filme educativo, seguido de demonstração de escovação. Avalia-se a mudança de comportamento sobre higienização bucal através do índice PHP. Os autores descrevem mudança de comportamento com melhoria significativa na condução da higiene bucal das crianças, salientam a importância da avaliação e motivação constante, e concluem que uma única conferência gera resultados que se diluem num período de aproximadamente três meses.

Torpaz e colaboradores (1984)<sup>113</sup> desenvolveram um estudo com 180 crianças escolares de Israel, com idades de 11 a 14 anos que

foram divididos em onze grupos recebendo cada um dos grupos um programa de educação em saúde bucal diferente. Estes programas incluíram quatro ações básicas combinadas entre si. Eram elas: a distribuição de escovas dentais; apresentação de uma palestra; instrução sobre escovação para o grupo; instrução individual sobre escovação. Foi avaliado o nível de placa dental pelo índice de performance de higiene pessoal (PHP). Após um mês todos os grupos tinham melhorado seu PHP; uma maior melhoria foi notada após três meses, porém, após dez meses notou-se um substancial declínio. Os grupos que receberam uma escova dental apenas ou, em conjunto com outras ações, demonstraram melhores resultados que os grupos que não receberam escovas. A distribuição de escovas parece levar a uma melhoria no estado de higiene bucal.

Corrêa & Gebara (1984)<sup>22</sup> analisaram a experiência desenvolvida com grupos de mães que frequentam o Ambulatório de Pediatria do Instituto da Criança do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, orientando-as na higiene bucal infantil. Os autores concluíram que somente por meio de uma educação contínua às mães haverá uma redução sensível do índice de cárie dentária da população brasileira.

Gallop & Roberts (1984)<sup>39</sup> descrevem métodos usados para desenvolver programas odontológicos em Bombay e New Delhi - Índia. São feitos atendimentos clínicos e orientações sobre higiene bucal em hospitais, escolas e nos acampamentos onde vivem as populações pobres. Está estimado que apenas 6% da população usa escova e pasta dentais, mas muitas pessoas usam outras formas de controlar placa como sal, tabaco entre outros. Devido às características do país, ainda em desenvolvimento, é necessário um grande esforço para se conseguir pequenos resultados. Atualmente, a maior parte dos programas e esforços para promover saúde bucal

está concentrado nas crianças, embora existam planos para desenvolver e melhorar os serviços incluindo outros segmentos da comunidade.

Martin e colaboradores (1984)<sup>76</sup> dizem que a manutenção da saúde bucal das crianças depende da participação efetiva dos pais. Para alcançar sucesso nesta colaboração paterna deve-se conseguir estabelecer uma harmonia entre os pais e o profissional e pessoal envolvido em uma entrevista inicial e nos contatos subsequentes. Os pais devem ser monitores da higienização dos filhos em casa e participar das visitas destes ao dentista, criando boas condições para a criança gostar das visitas e desenvolver atitudes positivas frente ao tratamento.

Levy (1984)<sup>67</sup> conduziu um estudo para determinar qual a frequência dos vários componentes de educação incluídos em 27 programas de educação em saúde bucal para crianças pré-escolares e comparar as várias combinações dos componentes. Os objetivos, as medidas de mudança de comportamento, conteúdo programático, médias, avaliações e envolvimento dos pais e professores devem ser melhor especificados, delineados e avaliados. O problema primário é a deficiência na ênfase da educação sobre os benefícios dos fluoretos.

Glavind e colaboradores (1985)<sup>40</sup> conduziram um estudo para comparar o nível de higiene bucal entre indivíduos que recebiam instruções profissionais convencionais e outros que recebiam um manual com as instruções sobre higiene. Para avaliar o efeito dos dois tipos de instrução controlou-se presença ou ausência de placa dento-gengival e sangramento gengival antes e após 3 e 6 meses das instruções terem sido dadas. Por meio de questionários respondidos notou-se que ambos os métodos surtiam o mesmo resultado e

que o uso do manual foi bem aceito.

Wilkinson (1985)<sup>122</sup> desenvolveu um projeto de educação em saúde bucal para crianças de 10 a 11 anos de idade onde foi avaliado a habilidade na escovação dental e conhecimentos sobre saúde bucal por meio de aplicação de um índice de placa e um questionário, antes e após a aplicação do programa. O programa consistia em 3 visitas onde foram desenvolvidos assuntos sobre higiene bucal. O projeto foi bem recebido pelas crianças; o índice de placa demonstrou uma sensível melhora na condução da higienização e os conhecimentos sobre higiene também melhoraram.

Croucher e colaboradores (1985)<sup>24</sup> desenvolveram um programa de educação em saúde bucal para pré-escolares (idade de 3 a 5 anos) e seus pais, que enfatizava o desenvolvimento de habilidades de higiene bucal para ambos e era destinado para uso em berçários, grupos de jogos e salas de recepção de escolas infantis. O programa foi avaliado após 6 meses com base nas mudanças dos graus de doença bucal, escolha de lanches das crianças e entrevistas com os pais. A mudança mais substancial se relacionou com os lanches. Os pais relataram que foram consumidos menos doces. Pouco impacto ocorreu sobre os líquidos consumidos. Houve pequena redução no grau de doenças bucais.

Holt e colaboradores (1985)<sup>55</sup> compararam a situação bucal de um grupo de crianças de 5 anos de idade cujas mães haviam recebido instruções de higienização e saúde bucal por meio de visitas quando seus filhos eram ainda bebês, com um grupo de mães que recebeu as mesmas informações por meio de folhetos explicativos. Os resultados mostram que 69% das crianças cujas mães receberam visitas de educadores dentais, eram livres de cáries contra 58% do outro grupo. As crianças das mães motivadas por visitas apre-



sentaram menor índice de cárie, menores níveis de gengivites e recebiam, em maior número, o suplemento de flúor.

Kerebel e colaboradores (1985)<sup>61</sup> desenvolveram um estudo envolvendo 244 crianças com idade média de 8 anos na cidade de Nantes, França, para avaliar a efetividade de um programa preventivo para motivar as crianças a melhorar sua higiene bucal e estudar o efeito da melhoria desta higiene junto com o uso de fluoretos sobre a incidência de cárie dental. O programa preventivo consistia em escovação supervisionada uma vez ao dia; profilaxias a cada 2 meses; uso de pasta fluoretada e aplicação de flúor gel a cada 2 meses; reforço na motivação. O programa previa atuação junto aos pais por meio de palestras. Após 3 anos de estudo considerou-se que o componente motivação alcançou êxito pelos resultados favoráveis nos índices de placa dental, cuidado dental e níveis de cárie.

Croucher e colaboradores (1985)<sup>25</sup> aplicaram um questionário para pais, com intenção de saber do impacto de um programa de educação em saúde bucal baseado em duas mensagens distintas, uma relacionada à prevenção de doença periodontal por meio de revelação de placa e escovação dental e outra relacionada com prevenção de cárie por meio da restrição do consumo de açúcar. Como resultado observaram que pais que tinham filhos adolescentes que participaram do programa, faziam mais relatos de recebimento de alguma informação sobre saúde bucal ou ocorrência de mudança de atitudes frente ao assunto,

Ripa (1985)<sup>95</sup> diz que o método comunitário mais frequente de prevenção de cárie é a fluoretação da água de abastecimento. Muitos programas recentes têm incluído exercícios de escovação e uso de fio dental, para alcançar a modificação dos hábitos de higie-

ne bucal, porém os programas escolares atuais concentram-se no uso de fluoretos e selantes. Muitos programas combinados utilizando escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, selantes e cuidados curativos têm sido desenvolvidos e, embora tenham sido publicados, a avaliação independente dos achados torna prematuro um comentário sobre eles neste momento. Estudos comprovam a eficiência do uso de flúor combinando várias de suas formas e também a efetividade dos selantes de fôssulas e fissuras, por isso o uso destes dois métodos em programas escolares está sendo o mais indicado atualmente, apesar dos resultados destes ainda não serem definitivos.

Hodge e colaboradores (1985)<sup>52</sup> desenvolveram um estudo com crianças de 6 a 7 anos de idade residentes em Stefton, Inglaterra, pertencentes às classes média e trabalhadora. O programa se baseou no aumento do conhecimento das crianças sobre comidas e bebidas seguras ou não para os dentes e localização e modo de remover a placa dental por meio de aulas de 1 hora dadas nas escolas. As crianças da classe trabalhadora, as quais tinham maior dificuldade de reconhecer os alimentos saudáveis ou não para os dentes, se beneficiaram mais do programa pois tiveram oportunidade de diferenciá-los. Nos aspectos da placa dental as crianças de ambas as classes tinham conhecimento igual no início do trabalho. Ao final, as crianças da classe média demonstraram maior aproveitamento que as da classe trabalhadora. O sexo feminino apresentou melhor aproveitamento no desenvolvimento do programa.

Oliveira e colaboradores (1986)<sup>84</sup> descreveram o "programa integrado de educação e saúde escolar" desenvolvido em Paulínea, SP, onde há integração de uma equipe interdisciplinar em saúde, destinado a atender principalmente a faixa etária de 6 a 14 anos de idade. O programa consiste em atenção médica pediátrica, of-

talmológica, atenção odontológica e educação para a saúde, é desenvolvido num centro municipal para onde as crianças são levadas. Lá são atendidas pelos médicos e dentistas e recebem aulas sobre escovação dentária, controle de placa e palestras. Os pais e professores também recebem palestras e orientações em saúde. A avaliação é feita pela análise de informações obtidas por meio dos questionários, do exame clínico e do tratamento realizado no escolar.

Varvieri & Bellagamba (1986)<sup>115</sup> apresentaram um modelo personalizado para controle de dieta, principalmente relacionado ao consumo de açúcar, onde se analisa a dieta inicial, avalia as situações de risco, seleciona as estratégias para a mudança e avalia os resultados obtidos. Os autores enfatizam a necessidade de encarar a tarefa preventiva de forma integral contemplando, junto com o controle de dieta, medidas referentes ao controle de placa bacteriana, aplicação de fluoretos, selantes de fôssulas e fissuras e reforço permanente da tarefa educativa.

Chiodo e colaboradores (1986)<sup>19</sup> dizem que os pacientes falham no progresso do comportamento preventivo odontológico. Um maior sucesso pode ser obtido se o dentista usar um sistema de aconselhamento baseado em "princípios psicológicos de aconselhamento". Um modelo sistemático baseado em fases de: exploração, entendimento e ação que é aplicável à odontologia e surte bons resultados. Consiste em despertar a curiosidade do paciente sobre a higiene, explicar os métodos e estimular o paciente a aplicá-los com controle posterior.

Olsen e colaboradores (1986)<sup>85</sup> conduziram um estudo onde 310 crianças de 3 escolas de Melbourne - Austrália, foram examinadas antes e depois do desenvolvimento de um programa preventi-

vo. Três grupos foram formados, um recebeu visitas domiciliares onde eram dadas aos pais informações sobre saúde bucal. Outro grupo recebia estas informações por meio de folhetos e o terceiro era o grupo controle. Após 12 meses as crianças foram examinadas e o grupo experimental que recebeu visitas apresentou pequena melhora nos níveis de placa e no índice de cárie em relação ao grupo controle. Esperava-se um resultado melhor, mas o contato limitado dos agentes de saúde com as famílias deve ter determinado o pouco sucesso da estratégia proposta.

Flanders (1987)<sup>34</sup> diz que o maior e mais importante grupo que deve receber educação em saúde é encontrado nas escolas. As crianças não só aprendem rápido e têm ansiedade em adquirir novas informações como também estão em risco de desenvolver problemas de saúde bucal, por isso, apesar de opiniões contrárias, elas devem continuar a ser alvo de programas de educação em saúde bucal e estes programas devem ser cada vez melhores para que elas possam deles se beneficiar.

Calache & Wright (1987)<sup>13</sup> desenvolveram um estudo para investigar a maneira pela qual o funcionamento da família afeta a saúde, o crescimento e desenvolvimento da criança em uma comunidade de nível sócio-econômico baixo em Melbourne - Austrália. Foram entrevistadas 216 mães e examinadas 202 crianças de 4 anos de idade. Das crianças examinadas, 62% não tinha cáries, o que pode estar relacionado com a fluoretação da água de Melbourne; das crianças restantes, foi identificado um grupo de alto risco de cárie o qual estava aparentemente relacionado com a etnia das famílias e nível educacional das mães. As crianças de mães libanesas e turcas tinham a saúde bucal mais pobre e o maior nível de necessidade de tratamento. Foi encontrado alta prevalência de inflamação gengival porém com pequena severidade.

Rubinson & Tappe (1987)<sup>96</sup> fizeram um estudo para avaliar um programa de educação em saúde bucal para crianças pré-escolares desenvolvido pela Associação Dentária Americana que consiste num livreto com cinco lições compreensíveis para as crianças e outros materiais necessários para desenvolver o programa. O estudo demonstrou que o programa teve sucesso em aumentar o conhecimento dos pais e crianças sobre saúde bucal observado nas crianças pela melhoria na escovação dental. O programa foi bem aceito pelos professores e os pais acreditam que o programa foi bastante válido.

Desai & Powell (1987)<sup>29</sup> conduziram uma pesquisa para obter informações sobre as atitudes e práticas odontológicas das populações urbana e rural da Índia, relacionadas à higiene bucal pessoal, atendimento odontológico e necessidade de tratamento dental através de respostas a questionários. Dos 912 questionários respondidos, apenas 17,1% tinham informações sobre visitas ao dentista nos últimos tempos. A grande maioria das visitas tinha sido por razões emergenciais. Sobre métodos de higienização, 31,8% das pessoas responderam que usavam uma escova dental para limpar os dentes. Apenas 14,6% das pessoas sentiam necessidade de tratamento dental. A maioria das pessoas responderam que sentiam que seus dentes eram importantes para elas e reagiram favoravelmente à proposta de providências para tratamento dentário gratuito.

Hodge e colaboradores (1987)<sup>53</sup> avaliam um programa de educação em saúde bucal desenvolvido em Sefton, Inglaterra, com crianças de 9 a 11 anos de idade, de classes média e trabalhadora. Por meio da aplicação de questionários procurou-se medir as mudanças de conhecimento e, a eficiência na escovação foi medida pelos índices de placa dental. As crianças de ambas as classes aumentaram seu conhecimento durante o desenvolvimento do programa, porém,

notou-se um maior aumento deste aspecto nas crianças de classe média. As crianças de classe média, do sexo feminino, demonstraram maior eficiência na escovação dental.

Tee (1987)<sup>111</sup> fez um estudo comparativo entre 378 crianças com 5 anos de idade e ceo superior a 6 e 66 crianças também com 5 anos de idade livres de cárie, em Gloucestershire, Inglaterra. O estudo foi realizado por meio de aplicação de questionários aos pais das crianças para saber sobre hábitos alimentares desde o nascimento e sobre as prioridades dentárias dos pais. Os dados foram tratados estatisticamente e notou-se que no grupo de alto nível de cárie o consumo de açúcar era maior e mais freqüente, a classe social dos pais era menos privilegiada e as prioridades dentárias dos pais eram menores, haviam mais relatos sobre má saúde e consumo regular de xaropes medicinais.

Laiho e colaboradores (1987)<sup>65</sup> analisaram o sistema público de saúde bucal na Finlândia, o que é responsável pela educação em saúde bucal nas escolas. A maior cobertura é dada às escolas primárias, depois vem as escolas secundárias e por último, as "high schools". Quem conduz esta cobertura são principalmente as assistentes dentais. Como conclusão, os autores descrevem que os adolescentes devem receber maior atenção; o número de higienistas dentais e dentistas envolvidos nos programas deve ser maior; e o pessoal da saúde e os professores devem cooperar mais ativamente para melhoria do sistema.

Tuutti & Lahti (1987)<sup>114</sup> estudaram a relação entre a situação dentária das crianças em relação ao nível de ansiedade dental de seus pais. Foram examinadas 113 crianças e registrados o nível de placa dental e o CPO-D destas. Foi perguntado às elas se tinham ou não medo do dentista. Com os pais foi aplicado um teste

chamado escala de ansiedade dental. Os dados foram tratados estatisticamente e houve relação positiva entre o índice CPO-D das crianças com o nível de ansiedade dos pais e deste com o nível de ansiedade dos filhos.

Bullen e colaboradores (1988)<sup>12</sup> conduziram um estudo para avaliar a melhora na higiene bucal de crianças pré-escolares se seus pais pudessem lhes demonstrar técnicas eficazes de escovação em casa, após terem recebido orientação profissional. O estudo incluiu 50 crianças pré-escolares em idade entre 3 e 5 anos e seus pais, residentes na Virgínia - EUA. Foram levantados os índices de placa e gengival. O resultado do estudo foi favorável e notou-se diferenças significantes nos índices de placa e gengival das crianças cujos pais receberam instruções profissionais em comparação com o grupo de controle.

Feldman e colaboradores (1988)<sup>33</sup> conduziram um estudo para avaliar o efeito a longo prazo de dois sistemas de atendimento odontológico estabelecidos durante um programa rural de educação em saúde bucal após sete anos de seu término. Dos dois sistemas, um incluía atendimento odontológico e uma sessão anual de higiene bucal e o outro era enriquecido com um componente de saúde bucal desenvolvido por educadores treinados que incluía 83 lições integrando informações e princípios de higiene bucal no currículo regular da escola. Os dois sistemas incluía um programa com tabletes de flúor. O estudo presente se desenvolveu por meio de exames clínicos e questionários aplicados às crianças envolvidas nos dois programas. Os resultados mostraram que as crianças envolvidas no segundo sistema tinham se utilizado mais de serviços profissionais, tinham maior número de dentes selados, e maior nível de conhecimento odontológico, o que as levava a ter um nível de saúde bucal melhor que as do primeiro sistema.

## 2 - PROPOSIÇÃO

### 2.1 - Objetivo Geral.

Conhecer e analisar a organização estrutural e funcional com a implantação de um programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais na Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC.

### 2.2 - Objetivos Específicos.

a) estudar a organização estrutural (recursos materiais e recursos humanos), da instituição;

b) estudar a organização funcional da educação integral na instituição;

c) observar o desempenho dos professores e demais recursos humanos da instituição, no desenvolvimento do programa;

d) observar a incorporação do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais na rotina da instituição;

e) propor sugestões para continuidade sistemática do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais.



### 3 - MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 - Materiais.

O programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais desenvolveu ações enquadradas nos três primeiros níveis de prevenção descritos por Leavell & Clark em Chaves (1986)<sup>17</sup>: promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce.

Para o desenvolvimento das ações incluídas no programa foram usados os seguintes materiais:

##### 3.1.1 - Instrumental para Exame Clínico.

- a) espelho bucal;
- b) sonda exploradora;
- c) sonda milimetrada;
- d) pinça clínica.

##### 3.1.2 - Instrumental para Atender Ações Prioritárias em Odontopediatria.

- a) seringa carpule;
- b) agulhas anestésicas descartáveis;
- c) fórceps infantis números 1, 18 e 21;
- d) curetas para dentina;
- e) brocas de alta e baixa rotação;
- f) espátula para manipulação de cimentos;

- g) espátula para inserção de cimentos;
- h) cuba metálica para guarda e esterelização de instrumental clínico;
- i) tambor metálico para esterelização de gaze e algodão.

### 3.1.3 - Material de Consumo Odontológico.

- a) anestésico tópico;
- b) anestésico injetável;
- c) compressas de gaze;
- d) algodão;
- e) cimento para restaurações provisórias, à base de óxido de zinco e eugenol;
- f) escovas tipo robinson para profilaxia;
- g) pasta profilática;
- h) revelador de placa bacteriana;
- i) fio dental;
- j) selador de fôssulas e fissuras;
- l) flúor - solução a 0,2% para bochechos;
  - gel para aplicação tópica;
- m) moldeiras de cera para aplicação de flúor gel;
- n) sugadores descartáveis;
- o) álcool iodado;
- p) espátulas de madeira (abaixadores de língua);
- q) guardanapos;
- r) sacos de papel (de pipoca) para resíduos.

### 3.1.4 - Material Didático de Consumo e Permanente.

- a) folhetos;
- b) panfletos;
- c) cartilhas;
- d) cartazes;

e) álbuns seriados;  
f) atlas;  
g) livros;  
h) materiais para desenho, colagem e recorte: papel jornal, lápis cera, lápis de cor, tesoura, cola, canetas hidrocor, pincel atômico, cartolinas de várias cores, papel duplex, colorido, fita crepe;

i) macro-modelos;  
j) modelos em gesso;  
l) escovas dentais de diversos tipos;  
m) filmes fotográficos preto e branco;  
n) filmes para slides;  
o) máquina fotográfica 35 mm;  
p) macro lente 100 mm;  
q) flash circular;  
r) tubos de extensão 10, 16 e 30 mm;  
s) projetor de slides;  
t) gravador/toca fitas;  
u) fitas para gravador;  
v) máquina de escrever;  
x) grampeador.

### 3.1.5 - Material de Expediente.

a) papel ofício;  
b) bloco rascunho;  
c) canetas;  
d) lápis;  
e) borracha;  
f) régua;  
g) fichas questionário;  
h) fichas depoimento;

- i) fichas relatórios diários;
- j) fichas clínicas;
- k) fichas de índices ceo e CPO-D - registro e resumo.

### 3.2 - Métodos.

O desenvolvimento do programa baseou-se em um método educacional sugerido por Scotney (1981)<sup>103</sup> para ser aplicado por uma unidade de saúde. Este é dividido em cinco passos: reconhecimento do problema; análise da situação; prescrição educacional e preventiva; ação e, avaliação.

Adaptando este método para aplicá-lo a problemas de saúde bucal, tivemos o seguinte desenvolvimento:

- a) Reconhecimento do problema.

Através de contatos com a instituição e da participação em uma reunião da equipe técnico-administrativa da mesma, procuramos reconhecer os problemas existentes na instituição.

- b) Análise da situação.

Frequêntando a instituição, obtivemos por meio de observações do comportamento dos pais e contatos pessoais com as professoras, informações a respeito do funcionamento e da situação existente na creche. Fizemos exames bucais em todas as crianças que frequêntavam a creche, inclusive os bebês, para termos um diagnóstico das condições destas.

- c) Prescrição educacional e preventiva.

Após examinar a situação, elaboramos um programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais, para ser implantado na instituição, assentado sobre os três primeiros níveis de preven-

ção descritos por Leavell & Clark, em Chaves (1986)<sup>17</sup>: promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce.

Para atender o nível de promoção da saúde elaboramos um programa educativo para ser aplicado às crianças, pais e pessoal da escola com conteúdo básico de informações que abrangesse:

1. cárie - conceito, causas e conseqüências;
2. gengivites - conceito, causas e conseqüências;
3. nutrição - noções básicas;
4. higienização bucal - finalidade e técnicas;
5. fluoretos - benefícios e usos;
6. outros meios de prevenção de doenças bucais.

Como ações específicas de promoção de saúde, instituímos: a escovação supervisionada, onde as professoras atuam como supervisoras e, a adequação do meio bucal como medida profilática para diminuir o nível de infecção bucal, paralisar os processos cariosos, facilitar as medidas de higienização bucal, evitar o aparecimento de sintomas dolorosos e preparar um meio bucal adequado para a vinda dos dentes permanentes.

Atuando no segundo nível de prevenção, a proteção específica, as ações estabelecidas concentraram-se no fortalecimento do esmalte por meio do uso de fluoretos em forma de creme dental fluoretado para as crianças a partir de 4 anos, bochechos com soluções fluorétadas e aplicações tópicas de fluoreto gel com moldeiras e, a proteção dos dentes por meio do selamento de fôssulas e fissuras com selantes oclusais.

Para proceder o diagnóstico precoce instituímos exames clínicos bucais fazendo uso do índice CPO-D publicado por Klein e Palmer em 1937 e descrito em Pinto (1989)<sup>89</sup> e do índice ceo descrito por Gruebbel (1944)<sup>44</sup> em todas as crianças da creche, rea-

lizados a cada seis meses.

Junto com as ações educacionais e preventivas reservamos tempo para participar das reuniões da equipe técnico-administrativa estando assim sempre presentes e atuantes nos planejamentos e decisões da instituição, ora acrescentando, ora corrigindo o trabalho em execução.

d) Ação.

O programa de educação em saúde se caracteriza pelo seu dinamismo e pelas oportunidades inovadoras e criativas que oferece, assim, nos propusemos a usar os métodos didáticos de rotina e especializados, tais como:

1. observação (inspeção);
2. jogos, brinquedos, histórias, músicas, teatro (dramatização);
3. uso de tendências naturais da criança pelas leis da aprendizagem: do interesse, do exercício e do efeito;
4. atividades e situações oriundas das oportunidades de vida;
5. exemplos das pessoas com quem convive;
6. grupos de pais (reuniões);
7. apresentações demonstrativas e práticas;
8. atendimento individual (entrevista).

Para desenvolver o conteúdo educativo junto às crianças, foram desenvolvidos instrumentos didáticos como desenhos associativos, desenhos para pintar, brincadeiras e teatro de fantoches. Em sala de aula ocorreram palestras curtas com assuntos envolvendo dente sadio, bactéria, dente doente, inimigos e amigos do dente. Após estas palestras curtas foram feitos exercícios de fixação em forma de desenho livre sobre o que as crianças lembravam

do que lhes haviam proposto, desenhos de ligar, desenhos para pintar, e outros (Anexos 1 a 8).

Para a família, o conteúdo educativo foi transmitido em reuniões objetivando levar aos pais conhecimento sobre o programa em desenvolvimento, reuniões-aula onde se abordou temas de higienização bucal e atendimentos individuais onde se conversou sobre assuntos como controle do açúcar, higienização bucal, uso de fluoretos, esclarecimento sobre cronologia de erupção dos dentes, entre outros.

Com as professoras e equipe técnico-administrativa, o desenvolvimento do programa educativo se deu, principalmente, por meio de palestras que foram programadas a partir de resultados de questionários aplicados, os quais tinham por objetivo avaliar previamente os conhecimentos do pessoal envolvido sobre assuntos de saúde e prevenção odontológica.

Outro procedimento que se usou para atuar junto às professoras foi o atendimento individual (entrevista), onde eram esclarecidas dúvidas sobre vários assuntos, dentre eles: sinais e sintomas que aparecem durante a erupção dos dentes, efeito prejudicial do açúcar, tipo de pasta de dente indicada para as crianças etc. Estes atendimentos individuais foram efetuados sob forma de conversas com as professoras em sala de aula, salas de reuniões ou pátios. Foi ensinado às professoras a técnica de higienização bucal para cada faixa etária das crianças que frequentavam a creche, pois estas atuaram como supervisoras da higienização.

Estes entendimentos individuais foram realizados também junto aos pais, com mesmo conteúdo e da mesma forma.

O nível de linguagem usada para transmitir as informações

científicas de educação em saúde foi adequado ao conhecimento das crianças, das famílias e do corpo de funcionários e professores da escola.

A adequação do meio bucal foi realizada por meio de remoção dos focos de infecção, que inclui exodontia de restos radiculares e escavações em massa, que se constitui de remoção do tecido dentário cariado e preenchimento das cavidades com cimento provisório à base de óxido de zinco e eugenol.

As ações de proteção específica já foram anteriormente citadas entre as quais a prescrição de fluoretos sob diversas formas e o selamento de fôssulas e fissuras oclusais. Cabe aqui citar as formas de fluoretos instituídas durante o programa, visto que as aplicações de selantes oclusais seguiram técnica convencional tendo sido realizadas no consultório odontológico da instituição.

As formas de fluoretos implantadas foram: o uso de cremes dentais fluoretados, o bochecho com soluções fluoretadas e aplicações tópicas com fluoreto gel em moldeiras.

Os bochechos com soluções fluoretadas eram realizados semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, preparados misturando-se o conteúdo de pacotes de 2 gramas de sal fluoreto de sódio, fornecido pelo Departamento de Saúde Pública, em 1 litro de água. Esta solução era guardada em um recipiente plástico identificado, fora do alcance das crianças para não haver risco de intoxicações. Se não fosse consumida num período de 15 dias era desprezada e outra seria preparada para se utilizar.

Os bochechos só foram instituídos após terem sido realizados testes com as crianças para conhecer as que possuíam habilidade de bochechar sem deglutir a solução.



As professoras responsáveis pelas turmas que realizaram os bochechos ficavam encarregadas de preparar a solução, distribuir esta em copinhos plásticos contendo 10 ml do líquido, medida em dosador próprio, e supervisionar o bochecho que se realizava após o lanche do período vespertino, depois das crianças procederem sua higienização bucal. Realizavam bochechos vigorosos em movimento de enxague durante 1 minuto, devolvendo o conteúdo ao copinho que era então esvaziado e jogado no lixo. Esta atividade era realizada no pátio da creche, ou no banheiro contíguo à sala de aula.

As aplicações tópicas de fluoreto gel se realizaram no consultório odontológico da instituição. Depois de feita a profilaxia com taças de borracha e pasta profilática, aplicava-se o fluoreto em moldeiras descartáveis durante quatro minutos. Durante este tempo as crianças eram instruídas para não engolirem o fluoreto e, após terminada a aplicação, cuspirem tudo o que havia sobrado na boca. Também era orientado à professora para que não fosse oferecido lanche ou líquido para as crianças durante 30 minutos, a contar do término da aplicação. A mesma recomendação deveria ser seguida após os bochechos com solução fluoretada.

As ações inerentes ao programa em questão foram executadas pela autora do trabalho, bem como o acompanhamento e sua avaliação.

#### e) Avaliação.

Por meio da avaliação foi possível conhecer o desenvolvimento favorável ou não do programa, levando à sua manutenção, alteração parcial ou reformulação total conforme o resultado das avaliações periódicas, incidindo não somente sobre a variação programática como também sobre o plano global que deverá por isto

mesmo ser dotado de indispensável flexibilidade, quer quanto à sua estratégia ou mesmo nas várias atividades isoladamente.

Para avaliar o andamento do programa proposto usaremos análise dos questionários aplicados, conversas com as pessoas envolvidas, relatórios, registros de observações, depoimentos, exames clínicos etc.

A análise da estrutura da instituição no que diz respeito a instalações, recursos humanos e estrutura organizacional foi feita com base na adequação às ações e atividades lá desenvolvidas.

As ações de promoção da saúde foram avaliadas por meio de questionários aplicados e analisados em diferentes momentos para atender objetivos diversos.

As ações de escovação supervisionada e adequação do meio bucal foram controladas durante todo o desenvolvimento do projeto com acompanhamento sistemático.

A realização dos bochechos com flúor foi monitorada e os dados registrados em ficha própria (Anexo 17).

As ações específicas: aplicação de flúor gel com moldeiras e aplicação de selantes de fôssulas e fissuras, ficaram registradas nas fichas clínicas das crianças e em ficha própria para controle de produção do trabalho clínico (Anexo 16). Nestas fichas de produção fizemos também o registro das ações de adequação do meio bucal que aparecem como escavações em massa.

Os dados dos exames bucais estão registrados em fichas próprias (Anexos 14 e 15) para posterior tabulação.

#### 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando a estrutura e funcionamento da Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC, comentaremos sobre seus recursos materiais, recursos humanos e seu funcionamento, caracterizando a instituição como era antes da implantação de um programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais e, apresentando algumas ponderações e resultados obtidos com o desenvolvimento deste programa.

O programa foi desenvolvido durante os anos de 1987 a 1989 e contou com grande apoio e aceitação de todo o pessoal da instituição.

##### 4.1 - Estrutura Física da Instituição (Recursos Materiais).

O programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais foi desenvolvido na Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência. Esta creche está situada em Florianópolis - SC; é uma instituição que atende crianças na faixa etária de 0 a 7 anos incompletos residentes na comunidade de Mont Serrat (Morro da Caixa d'Água) que se situa próxima à creche e é constituída por famílias de nível sócio-econômico baixo.

A Creche Casulo Especial está preparada para atender até 130 crianças, porém este número é muito oscilante devido a uma série de fatores que serão abordados posteriormente.

A creche está instalada num prédio amplo que possui 5 salas onde funcionam as turmas ou setores, cozinha, lavanderia, lactário, depósitos (2), banheiros (2), biblioteca e 6 salas que abrigam a equipe técnico-administrativa.

Possui dois anexos: no primeiro anexo temos 2 salas de aula (setores), uma cozinha, dois banheiros e uma sala de reuniões onde está a brinquedoteca (local onde se guarda os brinquedos da creche); no segundo anexo temos um salão de atividades.

As salas de aula, em número de sete, estão equipadas conforme a faixa etária das crianças que as frequentam. Nos berçários I e II temos berços, colchões, armário, móveis, cortina, quadro para avisos sobre saúde, brinquedos e uma mesa. Entre os dois berçários existe um banheiro adaptado para uso dos bebês com trocadores, banheiras, armário. Ainda anexo às salas dos berçários I e II existe um solário onde as professoras levam os bebês para tomar sol no início da manhã e final da tarde.

O berçário III e o maternal I, também em salas contíguas, possuem mesas e cadeiras especiais para as crianças, onde elas se alimentam e desenvolvem atividades pedagógicas (recortes, colagens, pinturas etc.). Possuem ainda colchões, armário e quadro para avisos. Entre as duas salas há um banheiro adaptado, de uso comum das duas turmas, com pias, vasos sanitários, chuveiros, um trocador, suporte para guardar as escovas de dentes e copos plásticos das crianças.

O maternal II está instalado em sala própria com banheiro anexo. A sala possui armário, mesas e cadeiras especiais para as crianças, quadro para avisos, espelho de parede e colchões. No banheiro temos vasos sanitários, pias, chuveiros e suporte para guardar copos e escovas de dentes.

As turmas de jardim I e II estão instaladas em salas que ficam em um dos anexos do prédio da creche. Elas possuem mesas e cadeiras para as crianças, armário, quadro para avisos, espelho de parede, colchões e um bebedouro. O banheiro localiza-se entre

as salas.

As reuniões realizadas na creche têm lugar ou na sala de reuniões localizada no anexo das salas de aula dos jardins, quando o número de participantes for de até 10 pessoas aproximadamente, ou no salão de atividades localizado em outro anexo da creche, quando forem reuniões com maior número de participantes e se quiser mais espaço disponível.

A cozinha e a lavanderia estão localizadas no prédio principal da creche e possuem equipamentos industriais como fogão, máquina de lavar e de secar roupas. Na cozinha existe 1 freezer e 2 geladeiras. Anexo à cozinha há uma despensa para armazenamento de produtos alimentícios.

Para preparar as refeições dos bebês temos o lactário, em sala separada, equipada com autoclave para esterilização das mameiras, fogão, geladeira, armário e pia.

A comida é preparada na cozinha e no lactário e transportada para as salas por meio de carrinhos especiais, junto com pratos, talheres, copos e outros utensílios necessários para auxiliar a alimentação.

As salas que abrigam a equipe técnico-administrativa são em número de 6, sendo 1 para a chefia, 1 para a assistente social, 1 para a pedagoga e recreadora, 1 para a agente administrativa, 1 para a médica e enfermeira, 1 para o profissional cirurgião-dentista.

O pátio é amplo e bem arborizado, nele temos grandes brinquedos (trepa-trepa, túneis, grandes manilhas para "cavalgar"), uma quadra para fazer exercícios e brincadeiras e 2 caixas de areia.

O consultório odontológico utilizado para atender às crianças da creche está instalado no Centro Social da Capital da Fundação Legião Brasileira de Assistência, localizado num prédio ao lado do prédio da Creche Casulo Especial. Está equipado com cadeira e equipo convencionais e não possui raio-X.

As instalações da creche são amplas e permitem boa circulação. Na área onde estão as salas que abrigam a equipe técnica, não há boa iluminação e o ambiente é pouco arejado. Nas salas de aula, a iluminação, condições de arejamento e funcionalidade são satisfatórias. As condições de conservação e higiene são regulares.

O espaço físico é satisfatório, pois permite o bom funcionamento da creche, com espaço suficiente para abrigar as crianças, os funcionários e realizar todas as atividades inerentes à uma creche. Falta porém, uma sala específica para almoxarifado. Alguns materiais de limpeza e de consumo didático são guardados em banheiro que foi transformado em depósito.

Após a implantação do programa de educação em saúde bucal foi cedida uma sala para a equipe odontológica que antes ficava flutuando pelas salas da equipe técnico-administrativa.

Apesar da creche ter sido instalada num prédio que não foi construído especialmente para este fim, as condições de circulação e funcionalidade são satisfatórias, atendendo condições básicas descritas por Souza (1967)<sup>108</sup> que diz que os prédios escolares devem ter salas de aula amplas, bem iluminadas e bem ventiladas, não devendo receber sol poente frontalmente ou sombra projetada por prédios vizinhos. Os pátios de recreação deverão ser independentes das áreas destinadas à educação física. O prédio deverá contar ainda com salas em número e espaço suficientes para

a instalação da parte administrativa, bem como os chamados serviços auxiliares da escola, gabinete dentário, consultório médico, sala para reuniões da Associação de Pais e Professores, cozinha etc. As instalações sanitárias deverão ser em número suficiente, servidas por eficiente rede de água e esgoto, para que a higiene seja sempre impecável. O mobiliário para uso dos alunos deve ser adequado para as idades.

A avaliação da estrutura física da creche, realizada por meio de visitas e observações, nos possibilitou verificar como ela se relaciona com a dinâmica do funcionamento da instituição, influenciando as atividades realizadas.

#### 4.2 - Recursos Humanos da Instituição.

A Creche Casulo Especial conta para seu funcionamento com um quadro de funcionários que está exposto nas tabelas 1, 2 e 3 nas páginas 83 e 84.

Os recursos humanos da instituição exercem funções conforme sua formação. Apenas uma profissional está deslocada de suas atividades normais, exercendo o cargo de chefia da creche, quando sua formação é de assistente social e não de administradora, embora apresente qualidades inerentes de um administrador tais como: inteligência, conhecimento técnico, capacidade de decisão, entusiasmo, capacidade para delegar autoridade, coordenar e controlar, entre outros.

Observou-se que o quadro de funcionários supre as necessidades de serviços da instituição. O que ocorre, por vezes, é a falta de acadêmicos estagiários, que constituem um grupo de recursos humanos de reconhecida valia para o bom funcionamento da creche e que são contratados através de convênios para a realização de

Tabela 1 - Profissionais da Equipe Técnico Administrativa - Creche Casulo Especial - LBA.

CARGO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	FUNÇÃO EXECUTADA
Chefe	1	. Serviço Social	. Chefia da creche, administração dos recursos humanos e financeiros.
Pedagoga	1	. Pedagogia	. Orientação pedagógica às professoras.
Recreadora	1	. Pedagogia	. Orientação nas atividades de recreação para as crianças. . Avaliação das crianças.
Assistente Social	1	. Serviço Social	. Seleção das crianças para ingresso na creche e promoção social das famílias envolvidas com a instituição e a comunidade.
Enfermeira	1	. Enfermagem	. Controle medidas antropométricas, pequenos curativos e encaminhamentos, controle vacinas.
Cirurgião Dentista	1	. Odontologia	. Atendimento odontológico curativo.
Médico	1	. Medicina	. Atendimento médico-preventivo das crianças, controle do estado nutricional.
Agente Administrativo	1	. 2º grau	. Controle dos quadros de frequência dos funcionários, controle de recursos financeiros.
Estagiários Administração	2	. 2º grau ou Superior Incompleto	. Auxiliar na contabilidade da creche, datilografia, recepção.



Tabela 2 - Equipe de Docentes.

CARGO	Nº	TIPO DE CONTRATO	CARGA HORÁRIA
Professores	11	LBA	6 horas diárias
Acadêmicos Estagiários	23	Convênio FESC/LBA	6 horas diárias
Acadêmicos Estagiários Volantes	4	Convênio FESC/LBA	6 horas diárias
Acadêmicos Estagiários Educação Física	2	Convênio FESC/LBA	6 horas diárias

Tabela 3 - Pessoal de Apoio (Servidores).

CARGO	Nº	FUNÇÃO
Cozinheiras merendeiras	3	. Preparar refeições das crianças de 18 meses a 7 anos incompletos.
Cozinheira lactário	1	. Preparar refeições dos bebês de 0 a 18 meses.
Serviços gerais	1	. Lavanderia.
Serviços gerais	2	. Limpeza creche.
Serviços gerais	1	. Cuidado da horta e pátio.
Serviços gerais	1	. Cuidado almoxarifado e consertos diversos.
Segurança	2	. Vigia noturno.

estágios remunerados. Quando seus contratos terminam, nem sempre há disponibilidade e interesse em renová-los, havendo então, necessidade de substituição dos acadêmicos, fato que cria uma expectativa pela falta momentânea que eles causam.

#### 4.3 - Funcionamento da Instituição.

As crianças atendidas na Creche Casulo Especial têm de 0 a 7 anos de idade. Elas devem pertencer a famílias de nível sócio-econômico baixo, residentes na comunidade de abrangência da creche, cujos pais comprovem emprego.

Para o ingresso das crianças na Creche Casulo Especial ocorre um processo de seleção que obedece ao Fluxograma de Admissão da Instituição (Anexo 13). Ao analisarmos este fluxograma notamos que a área odontológica não estava nele inserida. Aos poucos, por meio de conversas e ações, despertou-se na instituição uma conscientização para a importância do atendimento odontológico preventivo e houve então aceitação da sugestão de inserir neste fluxograma, junto à área médica, o exame bucal da criança antes que esta seja admitida na creche.

O objetivo de se proceder este exame bucal antes da criança ser aceita na creche é de orientar os pais sobre algum problema odontológico que a criança possa apresentar, conscientizar sobre a importância da manutenção dos dentes e incentivar os cuidados básicos com higiene. O exame odontológico não irá influenciar na aceitação ou não da criança na creche, mas irá ajudar no planejamento das atividades e agendamento das crianças para atendimentos posteriores.

A rotatividade das crianças da instituição constitui-se um fato de rotina motivado principalmente pela situação das mães, a

maioria delas empregadas domésticas, que, ao se desligarem dos empregos, não levam mais os filhos para a creche. Outras crianças, cujas mães desenvolvem a mesma atividade, ocupam o lugar daquelas, o que dá continuidade ao processo de evasão.

Outro motivo de desligamento das crianças é a mudança de residência dos pais. A Creche Casulo Especial atende à população de uma área restrita da cidade; quando há mudança dos pais para outras áreas, as crianças são encaminhadas para creches existentes junto ao local onde a família irá morar.

As crianças estão distribuídas em turmas chamadas setores, em número de sete, de acordo com a faixa etária e nível de desenvolvimento psicomotor avaliados pela pedagoga e professores da instituição.

Os setores com seu número médio de crianças e faixa etária aproximada destas, encontra-se na tabela nº 4.

Tabela 4 - Agrupamento das crianças.

SETOR	IDADE (MESES)	NÚMERO MÉDIO DE CRIANÇAS
Berçário I	0 a 15	8
Berçário II	16 a 24	12
Berçário III	25 a 36	15
Maternal I	37 a 48	18
Maternal II	49 a 60	20
Jardim I	61 a 72	25
Jardim II	73 a 83	25

O horário de atendimento da creche é das 7:00 às 18:30 hs, de segunda à sexta-feira.

A rotina diária dos setores é variável e adapta-se a cada faixa etária atendida. A descrição desta rotina encontra-se nos anexos 9A a 9E. A análise desta rotina, por meio de observação, nos mostrou que embora houvesse horário reservado para higiene dos dentes, e embora as crianças possuíssem escovas dentais, esta higienização nem sempre era efetuada, ou seja, não constituía rotina. Passou-se então a trabalhar no sentido de tornar a higienização bucal uma atividade de rotina da creche. As professoras foram orientadas sobre como, quando e porquê escovar os dentes das crianças; momento de troca das escovas dentais, e que todas as crianças, inclusive os bebês deveriam ter suas bocas higienizadas, mesmo sem dentes presentes,

A análise da rotina nos ajudou também a programar os melhores horários para a realização das atividades com as crianças, tanto as atividades didáticas, como as específicas de atendimento odontológico.

Para o atendimento das crianças, cumprindo a rotina estabelecida, atuam nos setores (turmas), conforme o número de crianças presentes e faixa etária, dois ou três docentes dos quais um é professor contratado da Legião Brasileira de Assistência, que nem sempre possui formação de nível superior, e um ou dois acadêmicos de pedagogia, na qualidade de estagiários, que são contratados através de convênio entre a FESC (Fundação Educacional de Santa Catarina) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA).

Cumprindo a rotina e o programa das Creches Casulo, as crianças recebem quatro refeições diárias, fornecidas pela Fundação Legião Brasileira de Assistência, sendo o café da manhã às 8:30 hs, o almoço às 11:30 hs, o lanche às 14:30 hs, e o jantar às 16:30 hs. aproximadamente. A higienização dos dentes das

crianças era realizada apenas após o almoço. Após a implantação do programa de educação em saúde bucal passou-se a realizar esta higienização após as quatro refeições diárias. Em algumas situações, principalmente nos setores onde o trabalho das professoras é maior, ou seja, nos Berçários I e II, que atendem as crianças de menor idade, a limpeza das bocas das crianças não acontece após o lanche da tarde.

A Creche Casulo Especial não tem em sua equipe técnico-administrativa um nutricionista para estabelecer e controlar a alimentação das crianças. Durante muito tempo não houve um cardápio alimentar organizado e controlado. Com o programa de educação em saúde bucal em andamento, procurou-se dar orientações sobre controle do consumo de açúcar e opções de substitutos deste. Em uma reunião geral da creche discutiu-se então a viabilidade de estabelecer um cardápio alimentar organizado. Foi formado um grupo de trabalho, com supervisão da médica da instituição, e criado o cardápio hora em vigor na creche, que é supervisionado por esta médica. Com a participação da equipe odontológica neste grupo de trabalho, conseguiu-se não a supressão total, mas ao menos uma diminuição sensível no consumo de açúcar nas refeições das crianças. Onde antes se colocava açúcar nos sucos e saladas de frutas passou-se a não mais colocá-lo. Houve também diminuição na quantidade deste ingrediente em bolos e sobremesas.

O cardápio alimentar em uso na instituição, que poderá sofrer alterações em função de alimentos disponíveis no mercado, está expresso no Anexo 10.

A instituição fornece uniformes para uso das crianças na creche. Estes uniformes devem ser trocados pelos pais ao início e término de cada dia. Esta providência visa atender ao programa

das Creches Casulo que é fornecer atendimento integral às crianças quando elas não podem ficar em suas casas recebendo-o dos pais.

No início das atividades do programa de educação em saúde bucal as crianças recebiam banhos diários, dados pelas mães ou pais, quando estes vinham buscar seus filhos ao final do dia. Porém, por motivos financeiros referentes a cortes de verbas para o funcionamento da creche, este banho diário teve de ser suspenso, sendo então substituído por um banho semanal, que é dado pela mãe ou pelo pai no final do período de aula, em dia estabelecido pela creche. O objetivo deste banho é dar à criança e às famílias noções básicas sobre higiene corporal e cuidados pessoais.

A Creche Casulo Especial promove reuniões para se tratar de assuntos diversos referentes às diversas áreas. Nas tabelas 5 e 6 temos os tipos, periodicidade e conteúdos destas reuniões e comparando-as notamos as modificações ocorridas após a implantação do programa de educação em saúde bucal.

O objetivo destas reuniões é delinear procedimentos, planejar atividades, resolver problemas diversos. É nelas que se define e acompanha o funcionamento da creche. Por esta razão, desde o início houve nossa participação em quase todas estas reuniões, para dar ciência ao pessoal da creche sobre o programa que pretendíamos desenvolver, seus objetivos e estratégias, inclusive para que pudessemos nos integrar do funcionamento da instituição; manter contato com pais, professores e funcionários e também, para resolver problemas que foram surgindo durante o desenvolvimento do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais.

Comparando o conteúdo das reuniões, observamos que em quase

todas as reuniões este se modificou, com exceção das reuniões da APP (Associação de Pais e Professores).

Esta modificação se deve ao fato do crescimento do interesse da instituição em que o programa de educação em saúde fosse levados aos pais, professores e pessoal de apoio, com uma abordagem sobre prevenção de doenças bucais.

Comparando a frequência das reuniões também observamos algumas modificações.

As reuniões de pais, que eram mensais, passaram a se realizar a cada dois meses. Esta modificação foi determinada pela instituição a pedido dos próprios pais, tendo como justificativa o fato delas serem muito repetitivas e desinteressantes principalmente para pais que trabalham o dia todo e têm que, ao final do dia, subirem um morro bastante íngreme para alcançar suas casas.

Pensando em contornar esta situação, aumentou-se o tempo entre uma reunião e outra e procurou-se abordar assuntos diversos para que elas não mais fossem consideradas repetitivas e desinteressantes.

Dentre as modificações feitas no conteúdo das reuniões de pais, salientamos a participação da odontologia através do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais e a participação da medicina abordando temas como doenças infantis, vacinação, desidratação, noções elementares de primeiros socorros, entre outros e, não só a pediculose e escabiose que eram, até então, exaustivamente debatidos em todas as reuniões.

Procurou-se também despertar o interesse dos pais em discussões acerca das condições de vida no bairro onde moram para promover uma conscientização das condições adversas presentes, como

Tabela 5 - Reuniões realizadas na Creche Casulo Especial antes da implantação do programa de educação em saúde

Tipo de Reunião	Periodicidade	Conteúdo
Equipe técnico-administrativa	quando se sentia necessidade	critérios de ingresso; critérios de suspensão e disciplina; estratégias a serem tomadas frente a problemas com as crianças e famílias.
Professores	bimestral	planejamento de atividades de sala de aula; avaliação de desempenho das crianças..
Pais	mensal	regras da creche; problemas de saúde, principalmente a presença de pediculose e escabiose nas crianças; suspensões; avisos sobre festividades.
APP	bimestral	planejamento de festividades; planejamento de mutirões; determinação das mensalidades..
Geral (paradas)	semestral	planejamento de atividades gerais da creche; discussão de problemas diversos; palestras sobre assuntos relacionados à infância, de interesse comum, principalmente comportamento.



Tabela 6 - Reuniões realizadas na Creche Casulo Especial após a implantação do programa de educação em saúde

Tipo de Reunião	Periodicidade	Conteúdo
Equipe Técnico-Administrativa	Semanal	planejamento de atividades da creche; critérios de conduta frente à problemas específicos relativos às crianças e famílias; desligamentos; ingressos; postura e articulação das várias áreas de atuação; conversas ou palestras com profissionais de diversas áreas sobre temas de interesse comum.
Professores	Bimestral	estudos sobre temas variados de pedagogia, saúde, etc. com participação de diversos profissionais para realização de palestras; planejamento de atividades de sala de aula; avaliação de desempenho das crianças.
Pais	Bimestral	estabelecimento de relações mais estreitas; pedido de sugestões para a creche corresponder melhor às expectativas dos pais; regras da creche; palestras sobre cuidado com a saúde geral e também bucal; avisos sobre festividades.
APP	Bimestral	planejamento de festividades; planejamento de mutirões; determinação das mensalidades.
Geral (Parada)	Semestral	planejamento de atividades; gerais da creche; discussão de problemas diversos; palestras sobre saúde geral; prevenção e educação em saúde bucal; estudos sobre assuntos relacionados a comportamento infantil.

falta de esgoto, de água potável, de luz, de creches ou escolas, de postos de saúde etc. como proposto por Andery (1984)<sup>5</sup>, e a partir das quais se buscariam formas de solucioná-las.

Este interesse em chamar os pais a discutir os seus problemas e buscar formas para minimizá-los está de acordo com a nova filosofia da Fundação Legião Brasileira de Assistência, que se voltou para as atividades de promoção social e prevenção em saúde, deixando para segundo plano os serviços diretos de prestação de serviços e curativos.

As reuniões da equipe técnico-administrativa que aconteciam aleatoriamente, passaram a se realizar semanalmente, com intuito de melhor planificar as atividades e de tornar esta realmente uma equipe interdisciplinar, ou seja, uma equipe que trabalhasse articulada entre si para ajudar a resolver os problemas da creche, fortalecendo seu significado social.

Inicialmente o profissional cirurgião-dentista não participava das reuniões da instituição, sua atuação era restrita ao consultório odontológico, que se encontra instalado no Centro Social da Capital, outra unidade da Legião Brasileira de Assistência, que fica ao lado da Creche Casulo Especial e não no mesmo prédio. Desta forma as ações inerentes à promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce ficavam defasados. Contudo, após a implantação do programa de educação em saúde bucal esta situação foi corrigida e o resultado foi positivo. Houve motivação, atuação e colaboração no desenvolvimento de todos os trabalhos.

#### 4.4 - Desenvolvimento do Programa Educativo Preventivo.

Seguindo o método proposto para o desenvolvimento do progra-

ma de educação em saúde e prevenção de doenças bucais foi inicialmente feito o reconhecimento e análise da situação existente na instituição.

Pelas observações e dados colhidos vimos que o serviço odontológico existente na instituição não conseguia suprir as necessidades desta. Não havia programa de prevenção de doenças bucais implantado e muitas das crianças apresentavam, frequentemente, dor de dente.

Analisando a situação constatou-se que os cuidados com a higiene bucal eram precários, as crianças tinham escovas de dentes na creche, mas quase não faziam uso delas; o consumo de açúcar nas refeições dadas às crianças era alto e grande parte dos pais usavam o doce como compensação pela ausência prolongada junto aos filhos; não havia programa de bochechos fluoretados, selantes oclusais ou outra ação preventiva específica em desenvolvimento regular pelo serviço odontológico da creche.

Para cumprir o programa proposto no que diz respeito ao primeiro nível de prevenção ou seja: promoção da saúde, realizaram-se palestras com conteúdos voltados para higienização bucal, dieta e uso dos fluoretos (flúor).

Os conteúdos e números de palestras realizadas com a população envolvida no programa estão presentes nas tabelas 7 e 8.

Com os professores resolvemos aplicar um questionário para sondar os conhecimentos sobre odontologia, especificamente higienização bucal e fluoretos. O questionário tinha 6 perguntas das quais 5 eram sobre higienização e uma sobre fluoretos (Anexo 11).

Este questionário foi aplicado durante a primeira reunião feita com os professores e serviu para conduzir e adequar o pla-

Tabela 7 - Conteúdo das palestras.

Assunto	Conteúdos
Higienização Bucal	noções sobre placa bacteriana; escovação dental - técnica; métodos auxiliares: fio dental, palitos, colutórios; tipos de escovas; pastas dentais;
Dieta	mecanismo de ação da cárie; efeitos deletérios da sacarose; sugestões de substituição da sacarose na dieta das crianças e adultos;
Fluoretos	o que é flúor e qual sua ação benéfica para os dentes; onde se encontra na natureza; tipos de flúor para uso odontológico; consequências do excesso de flúor.

OBS: Os conteúdos acima foram apresentados com linguagem adaptada aos vários segmentos da população incluída no programa.

Tabela 8 - Número e tipos de palestras por população.

Assunto	Pais		Crianças	Professores		Equipe Técnico Administrativa	Merendeiras
	F	I	F	F	I	F	F
Higienização bucal	1	75	10	9	15	1	1
Dieta	1	75	7	2	15	0	1
Flúor	0	50	3	5	10	1	0

Palestras Formais - F;  
Atendimentos Individuais/Diálogos - I

nejamento anteriormente realizado para esta palestra. Esta reunião teve a presença de 11 professores.

A primeira pergunta era sobre a opinião dos professores quanto à importância ou não de se escovar os dentes e o porquê de escová-los ou não. Todos responderam que era importante: dentre eles 5 disseram ser para manter os dentes limpos; 4 para evitar cáries; 1 para manter a saúde geral e, 1 para prevenir problemas futuros.

Na segunda pergunta investigávamos a opinião deles sobre quando seria necessário escovar os dentes: 6 responderam que era após as refeições e 5 responderam que era após as refeições e também após ingerir qualquer alimento.

A terceira pergunta era sobre como escovavam seus dentes: 5 responderam que era com movimentos de cima para baixo (vice-versa) e de frente para trás; 2 responderam que era com movimentos de frente para trás; 2 com movimentos circulares, de cima para baixo; 1 respondeu que era como o dentista lhe havia ensinado e, 1 com movimentos de cima para baixo (em cima) e de baixo para cima (em baixo).

A quarta pergunta questionava se além da escova eles usavam outros elementos para limpar os dentes: 3 responderam que usavam fio dental; 3 que usavam fio dental e palito; 2 que usavam fio dental e bochechos; 1 que usava palitos e, 1 que não usava outros elementos.

A quinta pergunta indagava sobre o momento de iniciar a higiene da boca nas crianças e como fazê-la: 3 professores responderam que iniciava-se desde que comesçassem a aparecer os dentes na criança; 2 desde bebês, limpando a boca com um pano molha-

do; 1 desde que ela (a criança) tenha movimento de apreensão mais avançado; 1 quando a criança começar a entender a importância da higiene bucal; 1 quando a primeira dentição estiver toda formada (+ 2 anos); 1 a partir dos 3 anos; 1 a partir dos 2 anos e, 1 tinha dúvidas sobre o assunto.

Por fim, a sexta pergunta era sobre que tipo de informação já tinham recebido sobre o uso de fluoretos: 6 responderam que os fluoretos protegem os dentes contra a cárie; 2 que não sabiam muito sobre o assunto; 1 para prevenir cáries e que seu uso é semanal; 1 que é para a proteção dos dentes e que é bom aplicá-lo de vez em quando.

Após ler as respostas passou-se a desenvolver a palestra tentando esclarecer as dúvidas e erros percebidos nas respostas dadas.

Um segundo questionário aplicado tinha como objetivos sondar a impressão dos professores em relação às crianças e verificar seus conhecimentos sobre escovação dental (Anexo 12). Foram respondidos 36 questionários.

A primeira pergunta era sobre as condições de saúde das crianças: 17 professores responderam que achavam as crianças sujas e que não eram sadias e 19 disseram que achavam as crianças sadias; 15 disseram que as crianças escovavam os dentes, 12 que elas não escovavam e 9 não responderam, porém, as opiniões divergiam sobre se elas escovavam os dentes em suas casas ou se tinham ou não escovas dentais em casa. Sobre se elas, quando doentes, contaminavam umas às outras: 26 responderam que achavam que sim e, que este fato ocorria por elas conviverem muito juntas; 17 não responderam este item.

A segunda pergunta era sobre se os professores sabiam orientar as crianças a escovarem seus dentes e a partir de que idade elas poderiam fazer isto sozinhas: 16 professores responderam que não sabiam; 15 responderam que sabiam orientar as crianças e 5 não responderam; 6 professores disseram que não sabiam a idade em que as crianças poderiam escovar seus dentes sozinhas, 25 tinham opiniões que variavam das idade de 3 a 6 anos, 5 responderam que apenas quando a criança tivesse controle motor suficiente e que por isso a idade variava de criança para criança.

A terceira pergunta era sobre porque devemos escovar os dentes e como fazê-lo: 22 professores responderam que era para manter os dentes limpos, evitar o mau hálito e a cárie ou manter uma boa higiene na boca e, 14 não responderam à primeira indagação; 24 responderam que não sabiam o modo certo de escovar os dentes, e os 16 restantes deram respostas satisfatórias sobre o assunto, dizendo que se fazia movimentos rotatórios de cima para baixo e de baixo para cima.

A quarta pergunta indagava sobre se era mais importante escovar os dentes ou controlar a dieta: 29 professores responderam que os dois fatores eram igualmente importantes. Apenas 7 responderam ser a escovação o mais importante.

Estes questionários foram aplicados anteriormente à realização das palestras para os professores.

As ações específicas de promoção de saúde instituídas foram: a escovação supervisionada e a adequação do meio bucal. Como resultados obtivemos a participação de todas as crianças matriculadas na creche no programa de higienização bucal, tanto por meio da escovação supervisionada para as crianças que já possuíam habilidade motora suficiente para escovarem seus dentes sozinhas,

quanto por limpeza bucal nos bebês e escovação dos dentes nas crianças menores feita pelas professoras.

O programa de higienização bucal dos bebês foi incluído no planejamento e rotina de atividades da creche pois, antes do programa ser implantado, esta higienização não era realizada. A higiene bucal rotineira das outras crianças foi efetivada já que, apesar de estar nas regras estabelecidas pela creche, figurava como norma que não era realizada por "falta de tempo" ou outra desculpa que pudesse justificar a ausência do hábito de limpeza da boca.

Outra ação específica de promoção de saúde foi a realização de escavações em massa, como forma de promover a adequação do meio bucal juntamente com instruções sobre higienização, nas crianças dos jardins I e I que apresentavam lesões cariosas sem tratamento, num total de 20 crianças.

Atuando na proteção específica, segundo nível de prevenção, realizamos as ações de prescrição de fluoretos e selamento de fôssulas e fissuras oclusais. As formas de fluoretos estabelecidas foram o uso de dentifrícios fluoretados para todas as crianças matriculadas na creche com mais de 4 anos; bochechos fluoretados semanais e aplicações tópicas de fluoreto gel com moldeiras.

Os resultados das ações de proteção específica foram os seguintes:

- Aproximadamente 60 crianças foram beneficiadas com uso de dentifrícios fluoretados diariamente;
- 50 crianças participaram do programa de bochechos fluoretados semanalmente;
- 50 crianças receberam aplicações tópicas de fluoreto gel



duas vezes por ano;

- 9 crianças tiveram seus primeiros molares permanentes protegidos com selantes oclusais.

Para atuar no terceiro nível de prevenção, o diagnóstico precoce, foram realizados exames bucais em todas as crianças da creche, semestralmente.

A tabela nº 9 nos mostra que o ceo médio (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e restaurados, dividido pelo número de crianças examinadas) das crianças que frequentam a Creche Casulo Especial da Fundação Legião Brasileira de Assistência, no exame realizado em maio de 1988 foi de 2,08, ou seja, cada uma das 117 crianças examinadas apresentou em média 2,08 dentes decíduos com história de cárie. No exame realizado em abril de 1989 esta média foi de 1,67 dentes com história de cárie em 108 crianças examinadas e, no exame realizado em outubro de 1989 a média do ceo foi de 1,84 para 99 crianças examinadas.

Tabela 9 - Índices de ceo e CPO-D médios.

DATA EXAME	Nº DE CRIANÇAS EXAMINADAS	ceo	CPO-D
Maio 88	117	2,08	0,26
Abril 89	108	1,67	0,02
Outubro 89	99	1,84	0,08

Os quadros 1, 2 e 3 permitem-nos fazer as seguintes observações: a prevalência de cárie no primeiro levantamento citado foi de 12,12%; no segundo foi de 10,26% e no terceiro foi de 11,05%. A necessidade de tratamento representou 85,19% para 14,81% de tratamentos realizados no primeiro levantamento; no segundo levantamento temos 92,82% de necessidade de tratamento para 7,18%

de tratamentos realizados. Já no terceiro levantamento notamos 82,97% de necessidade de tratamento para 17,03% de tratamentos realizados.

Nos quadros 4, 5 e 6 ao verificarmos os resultados do índice CPO-D observamos, no primeiro levantamento realizado, um CPO-D médio (número dos dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados, dividido pelo número de crianças examinadas) de 0,26, ou seja, cada uma das 27 crianças examinadas tinha 0,26 dentes permanentes com história de cárie. No segundo levantamento o CPO-D médio foi de 0,02 para 36 crianças examinadas; no terceiro levantamento o CPO-D médio foi de 0,08 para 13 crianças examinadas. A prevalência de cárie no primeiro levantamento foi de 5,93%; no segundo, 1,49%; no terceiro, 1,45%.

Nos dois primeiros levantamentos realizados, as necessidades de tratamento representavam 100% dos dentes permanentes com história de cárie; enquanto no terceiro não havia necessidade de tratamento, com 100% de tratamentos realizados.

A faixa etária mais atingida pela cárie dentária é a de 6 anos de idade, tanto na dentição decídua como na permanente.

O primeiro levantamento de cárie dentária foi executado como providência inicial para a implantação do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais na Creche Casulo Especial. Foi realizado com a população global da creche e serviu para diagnóstico inicial da situação dentária das crianças (população alvo) e como referência para posteriores trabalhos.

Este primeiro exame nos revelou 7 dentes decíduos com extração indicada, o que representou 2,88% do total da necessidade de tratamento presente, que inclui os dentes com cavidades de cárie

Quadro 1 - Distribuição dos componentes e cálculos do índice ceo segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - maio 1988  
(números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	c	e	o	Total de dentes presentes	ceo absoluto	ceo médio	% ceo (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
0 a 11 meses	M	4	0	0	0	9	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0						
1 ano	M	10	0	0	0	245	0	0	0	0	0
	F	11	0	0	0						
2 anos	M	11	9	0	0	306	10	0,62	3,27	100,00	0
	F	5	1	0	0						
3 anos	M	12	19	0	0	500	48	1,92	9,60	100,00	0
	F	13	29	0	0						
4 anos	M	9	15	1	0	237	18	1,50	7,59	100,00	0
	F	3	2	0	0						
5 anos	M	11	39	2	2	493	105	4,04	21,30	86,67	13,33
	F	15	50	0	12						
6 anos	M	6	9	2	13	223	62	4,77	27,80	64,52	35,48
	F	7	27	2	9						
Total		117	200	7	36	2.004	243	2,08	12,12	85,19'	14,81

Quadro 2 - Distribuição dos componentes e cálculos do Índice ceo segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - abril 1989 (números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	c	e	o	Total de dentes presentes	ceo absoluto	ceo médio	% ceo (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
0 a 11 meses	M	3	0	0	0	11	0	0	0	0	0
	F	10	0	0	0						
1 ano	M	10	0	0	0	182	0	0	0	0	0
	F	3	0	0	0						
2 anos	M	11	2	0	0	342	3	0,17	0,88	100,00	0
	F	7	1	0	0						
3 anos	M	12	30	0	1	396	40	2,00	10,10	97,5	2,50
	F	8	9	0	0						
4 anos	M	13	8	0	2	440	36	1,64	8,18	94,44	5,56
	F	9	26	0	0						
5 anos	M	6	24	0	6	204	47	0,23	23,04	87,23	12,77
	F	5	17	0	0						
6 anos	M	7	26	0	4	188	55	5,00	29,25	92,73	7,27
	F	4	25	0	0						
Total		108	168	0	13	1.763	181	1,67	10,26	92,82	7,18

Quadro 3 - Distribuição dos componentes e cálculos do índice ceo segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - outubro 1989 (números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	c	e	o	Total de dentes presentes	ceo absoluto	ceo médio	% ceo (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
0 a 11 meses	M	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	F	3	0	0	0						
1 ano	M	4	0	0	0	47	0	0	0	0	0
	F	5	0	0	0						
2 anos	M	5	0	0	0	110	20	2,50	18,18	100,00	0
	F	3	20	0	0						
3 anos	M	12	2	0	0	462	7	0,29	1,51	100,00	0
	F	12	5	0	0						
4 anos	M	25	48	0	6	694	80	2,22	12,23	90,00	10,00
	F	11	24	0	2						
5 anos	M	7	18	0	4	218	42	3,50	19,27	76,19	23,81
	F	5	14	0	6						
6 anos	M	3	9	0	11	112	33	5,50	29,46	60,61	39,39
	F	3	11	0	2						
Total		99	151	0	31	1.647	182	1,84	11,05	82,97	17,03

Quadro 4 - Distribuição dos componentes e cálculos do Índice CP0-D segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - maio 1988  
(números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	C	0	E/Ei	Total de dentes presentes	CP0-D absoluto	CP0-D médio	% CP0-D (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
4 anos	M	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	F	-	-	-	-						
5 anos	M	7	0	0	0	53	2	0,13	3,77	100,00	0
	F	8	2	0	0						
6 anos	M	5	4	0	0	61	5	0,45	8,20	100,00	0
	F	6	1	0	0						
Total		27	7	0	0	118	7	0,26	5,93	100,00	0

Quadro 5 - Distribuição dos componentes e cálculos do Índice CP0-D segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - abril 1989  
(números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	G	O	E/Ei	Total de dentes presentes	CP0-D absoluto	CP0-D médio	% CP0-D (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
5 anos	M	6	0	0	0	28	0	0	0	0	0
	F	2	0	0	0						
6 anos	M	6	0	0	0	39	1	0,10	2,56	100,00	0
	F	4	1	0	0						
Total		36	1	0	0	67	1	0,02	1,49	100,00	0

Quadro 6 - Distribuição dos componentes e cálculos do Índice CP0-D segundo idade e sexo em crianças que frequentam a Creche Casulo Especial - Fundação Legião Brasileira de Assistência - Florianópolis - SC - outubro 1989  
(números absolutos e percentuais)

Idade	Sexo	Número de crianças	C	O	E/Ei	Total de dentes presentes	CP0-D absoluto	CP0-D médio	% CP0-D (prevalência)	necessidade de tratamento %	tratamento realizado %
4 anos	M	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	F	1	0	0	0						
5 anos	M	5	0	0	0	48	0	0	0	0	0
	F	3	0	0	0						
6 anos	M	2	0	1	0	7	1	0,50	14,29	0	100,00
	F	0	0	0	0						
7 anos	M	1	0	0	0	12	0	0	0	0	0
	F	1	0	0	0						
Total		13	0	1	0	69	1	0,08	1,45	0	100,00



a serem restauradas e dentes com extração indicada. Nos levantamentos seguintes não notamos nenhum dente com extração indicada, fato que nos demonstra uma melhoria no aspecto necessidade de tratamento.

Esta observação nos mostra que o programa de educação em saúde influiu positivamente nos resultados obtidos em relação à saúde bucal pois, apesar de não constituir uma comparação estatística, houve diminuição dos níveis da doença cárie, não havendo mais dentes que chegassem a uma destruição tal que necessitassem ser extraídos.

Com relação aos dentes permanentes não houve, em nenhum dos três levantamentos, indicação de extração. Este fato demonstra um bom nível de saúde bucal dos primeiros dentes permanentes a irromperem, que são os incisivos e molares, pois em crianças de seis e sete anos de idade já é muito comum, em nosso país, haver indicação de extração dos primeiros molares permanentes.

Nos levantamentos realizados os dentes com restaurações provisórias, feitas com cimento à base de óxido de zinco e eugenol (IRM), foram considerados como dentes cariados e não restaurados. Esta ação preventiva, considerada aqui como adequação do meio bucal, ficou inexpressível nos índices ceo e CPO-D porém, contribuiu para criar um meio bucal menos contaminado nas crianças que dela se beneficiaram.

A população examinada tem como características ser altamente instável por tratar-se de clientela flutuante, o que nos levou a não comparar estatisticamente os índices ceo e CPO-D.

Consideramos a implantação do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais de grande importância pois consti-

tuiu um esforço conjunto de uma escola (creche) com profissionais de várias especialidades objetivando atender ao desenvolvimento global da criança com ações de atenção primária, observação feita anteriormente por Duailibi (1989)<sup>30</sup>.

A repercussão na comunidade foi positiva e também na instituição que, com um planejamento adequado de ocupação do consultório odontológico e profissionais cirurgiões-dentistas, gerou maior quantidade de serviços prestados à população infantil e familiares, além de colocar toda a equipe multiprofissional em contato com a realidade dos problemas de saúde das crianças.

Toda mudança de condução das atividades educativas-preventivas, expressa por alguma participação consciente da família no desenvolvimento de ações específicas (supervisão da escovação, diminuição da oferta de guloseimas, contato com o pessoal da creche, frequência às reuniões-aula) são comportamentos entendidos como responsáveis para explicar esse fato.

As funções sociais relacionadas com a procura de bem-estar dos grupos, a busca de melhores níveis de vida e promoção da saúde, manifesta em todas as culturas, sempre enalteceram aqueles que delas se ocuparam, em épocas remotas como empíricos, e em tempos atuais como profissionais-técnicos baseados na metodologia científica.

Desejamos aqui destacar os trabalhos dos autores por nós estudados e citados no item 1.7 - Programas de Educação em Saúde, do capítulo de Revisão da Literatura: Klass & Rhoden (1981)<sup>62</sup>, Holt e colaboradores (1983)<sup>54</sup>, Poulsen e colaboradores (1983)<sup>92</sup>, Ehudin & Martin (1983)<sup>32</sup>, Hager & Krasse (1983)<sup>46</sup>, Corrêa & Gebara (1984)<sup>22</sup>, Gallop & Roberts (1984)<sup>39</sup>, Martin e colaboradores (1984)<sup>76</sup>, Levy (1984)<sup>67</sup>, Croucher e colaboradores (1985)<sup>24</sup>,

Ripa (1985)<sup>95</sup>, Oliveira e colaboradores (1986)<sup>84</sup>, Olsen e colaboradores (1986)<sup>85</sup>, Flanders (1987)<sup>34</sup> e Rubinson e Tappe (1987)<sup>96</sup>, que ressaltam aspectos do componente educativo de programas de educação em saúde, como benéficos, promissores e de vantagens sócio-econômicas reconhecidas ressaltando o seguinte:

- os programas devem priorizar as crianças, preparando-as para se auto-cuidarem conscientemente valorizando desde cedo padrões de saúde aceitáveis para um país em desenvolvimento, promovendo saúde, prevenindo doenças;
- os pais deverão ser motivados o suficiente pelos programas de educação em saúde para garantir repasse, a continuidade e acompanhamento dos ensinamentos e execução de ações individuais de prevenção de doenças;
- os programas combinados de educação, escovação supervisionada, uso de fluoretos, selantes de fôssulas e fissuras, dieta controlada desenvolvidos rotineiramente no cotidiano das crianças gera resultados positivos para a preservação da saúde.

Nossas ações desenvolvidas na Creche Casulo Especial foram semelhantes às citadas nos trabalhos dos referidos pesquisadores onde nos foi possível registrar resultados muito parecidos no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção de doenças bucais, reservando-se a característica desta pesquisa que inicia-se ao estudo.

O atendimento não pode se omitir da prestação de cuidados físicos: alimentares, higiênicos, de preservação da segurança. Contudo, a ação da creche não se limita a estes pontos. Outros aspectos são básicos, tais como: o desenvolvimento físico e da coordenação motora, o desenvolvimento sensorial com aumento das

habilidades de discriminação, o desenvolvimento cognitivo, da função simbólica e da linguagem.

Para atender a estas finalidades, vários pontos devem ser melhor investigados para subsidiar a organização do trabalho nas creches; o espaço físico, a forma de organização do trabalho dos adultos, os critérios de seleção de professores, os programas de treinamento profissional, as atividades propostas para as crianças, a relação creche-família.

Para discutirmos a relação família-creche e a participação dos pais no trabalho nela desenvolvido, consideramos que a perspectiva de aumento da participação de indivíduos nas instituições sociais que lhes prestam algum tipo de serviço, especialmente nas instituições públicas, tem sido defendida nos últimos anos como reação ao alheamento a que a população foi submetida no trato das grandes questões sociais. Esta perspectiva, embora tenha sido responsável pela modificação de importantes aspectos na relação instituição-comunidade, tem sido contudo prejudicada pelas conflitantes maneiras como esta participação é percebida.

A relação creche-família não se configura assim, como uma relação horizontalista, com perda de papéis e que, supostamente se apóia em consenso. Antes, ela é uma relação diferenciada, que precisa buscar a complementação, reconhecendo as diferenças e avançando no sentido de troca de perspectivas. É um mútuo aprendizado dos que educam a criança.

Neste sentido, queremos reconhecer o pouco que o programa fez na busca de participação família-escola. O apoio, a resistências medidas projetadas, a crítica ou aplauso não foram expressivamente sentidos e observados. Para que o consentimento consciente da população envolvida transforme-se em participação

ativa, os programas de saúde deverão orientar os esforços e o interesse da comunidade.

A ação educativa nas creches, entendida como ação promotora do desenvolvimento infantil, envolve aspectos de estimulação e de interação.

Os estudos por nós realizados e citados nos itens criança, família e escola (1.1 a 1.3) do capítulo Revisão da Literatura, oferecem suporte científico para nossas observações diretas efetuadas com as pessoas envolvidas no programa. O estabelecimento de relações humanas, o compromisso social com a comunidade, o estilo de viver, são fatores que decidem melhores condições e qualidade de vida para as pessoas. Nenhum trabalho isolado frutifica. Os profissionais só poderão ser compreendidos no conjunto de suas relações com os outros desde que se façam presentes os cuidados que assegurem ao programa suas características de qualidade.

A melhoria significativa na condução da higiene bucal das crianças, maiores conhecimentos sobre assuntos de saúde bucal, constante motivação, descontração para buscar atendimento odontológico (auto reconhecimento de necessidades = conscientização), foram comportamentos confirmados por meio de depoimentos e entrevistas feitas com pais, professores e pessoal da creche (Anexos 20 a 24).

Instituir nas escolas de 1º e 2º graus conhecimentos ou disciplinas que transfiram informações sobre prevenção e saúde bucal; envolver professores do curso secundário no processo de educação em saúde; preparar higienistas e auxiliares em odontologia voltados exclusivamente para educação-prevenção são algumas orientações dadas por Halla (1987)<sup>47</sup>.

Compreender melhor a cultura familiar, os problemas sociais, diagnósticos do bairro, características psicossociais da população, treinamento de professores e agentes da comunidade, torna-se indispensável para saber lidar com a aprendizagem e saúde das crianças, opinião dos autores: Rutter (1970)<sup>98</sup>, Lamb (1976)<sup>66</sup>, Clifford e Walster (1973)<sup>20</sup>, Kounin e Gump (1961)<sup>63</sup>, Alencar (1985)<sup>3</sup>.

A dificuldade para o avanço desses trabalhos está na rigidez das direções da Educação Pública que, via de regra, são ainda muito reticentes quanto a propostas de trabalhos articulados multiprofissionais e ao desenvolvimento de uma educação integral voltada para as reais necessidades da criança.

Partilhar o esforço de compreensão biopsicossocial sobre a criança, parece ser uma das contribuições das pesquisas, objetivando modificações na sociedade brasileira, no sentido de sua real democratização e respeito à cidadania.

A continuidade deste estudo pressupõe a organização da população inserida no programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais. É necessário fazer controle de placa bacteriana como referencial para medir eficiência dos programas específicos, aplicação sistemática de questionários abrangendo todos os pais e professores e, obter por meio de diálogos os depoimentos que expressem a repercussão do programa entre os membros da comunidade envolvida. Estas estratégias deverão ser aplicadas como proposta de avaliação vertical e horizontal, buscando demonstrar a melhoria gerada pela força do conjunto articulado e participativo de todas as pessoas (escola, família e comunidade) envolvidas no programa.

Temos certeza, felizmente, que a união, o apoio, o exemplo

de desprendimento das pessoas haverão de conquistar melhores condições de vida para nossas crianças e populações carentes.

## CONCLUSÕES

1. A estrutura organizacional (estrutural e funcional) não comprometeu o desenvolvimento do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais.

2. A equipe multiprofissional mostrou-se interessada em somar esforços com a finalidade de preparar a família e a escola no reconhecimento de suas responsabilidades para com o desenvolvimento infantil.

3. Os recursos humanos e materiais da instituição são suficientes para permitir o desenvolvimento do programa de educação integral.

4. É possível incluir um programa educativo-preventivo na rotina de um sistema de educação integral para que possam ser atendidas necessidades individuais ajustadas à idade, desenvolvimento mental e social da criança.

5. A implantação do programa de educação em saúde e prevenção de doenças bucais provocou algumas mudanças no planejamento educacional da creche aproximando os profissionais de maneira articulada.

6. O efeito positivo do desenvolvimento do programa foi observado pela preocupação, interesse e aquisição de hábitos higiê-



nicos e alimentares demonstrados pelas próprias crianças e suas famílias.

7. Foi possível verificar o crescimento da instituição após a implantação do programa pelo estabelecimento de um clima harmonioso aonde puderam ser periodicamente conhecidos os êxitos e fracassos do programa, as razões que os determinavam, possíveis modificações dos planos, atividades e/ou estratégias.

## SUGESTÕES

1. O principal fator para o sucesso dos programas de educação em saúde bucal é a motivação das pessoas neles envolvidas. Por isso, salientamos a importância de dar especial atenção a este ítem, renovando as estratégias e instrumentos motivacionais planejados.

2. As visitas domiciliares são úteis para um contato mais pessoal com as famílias inseridas num programa de educação em saúde, seja bucal ou geral e para induzir mudanças positivas no comportamento e atitudes frente à saúde. Devido a este fato, devem ser realizadas visitas às famílias, para se obter resultados mais favoráveis no desenvolvimento dos programas propostos.

3. A atuação junto aos professores é de fundamental importância, pois são eles que irão funcionar como repassadores e supervisores das informações sobre educação em saúde. Qualquer programa que se desenvolva, para alcançar sucesso, deve primeiramente procurar conquistar a aceitação e colaboração dos professores da escola ou instituição alvo.

4. Deixar institucionalizado no programa de ensino integral da escola o segmento específico sobre saúde, articulado sempre com a equipe multiprofissional, é fator importante para fortalecer e garantir continuidade do projeto educativo-preventivo.

5. Estimular a participação do profissional cirurgião-dentista ou pessoa ligada à área, interessada no segmento preventivo, nas reuniões da equipe técnico-administrativa para garantir a continuidade do programa e o compromisso profissional com a comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADER, R. & CONKLIN, P.M. Handling of pregnant rats; effects of emotionality in young rats. Science, 142:411-2, 1963.
2. ALENCAR, E.M.L.S. Avaliação da criatividade de alunos por professores. Rev. Int. Psicol., B(3):219-24, 1974.
3. \_\_\_\_\_. A criança na família e na sociedade. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1985. 180 p.
4. ALENCAR, E.M.L.S. & RODRIGUES, C.J.S. Relação entre tempo de ensino, localidade da escola e características comportamentais consideradas desejáveis por professores do ensino do primeiro grau. Arq. Bras. Psicol. Aplicada, 30(3):75-93, 1978.
5. ANDERY, A.A. Psicologia na comunidade. In: LANE, S. & CODO, W. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 203-20.
6. ARNEBERG, P. Tratamento de cárie dentária; novos aspectos. In: I SEMINÁRIO DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL. ABOPREV, 1989.
7. ARNOLD, F.A. et alii. Fifteenth year of the grand fluoridation study. J. Amer. Dent. Ass., 65(6):780-5, 1962.
8. AXELSSON, P. I - A odontologia preventiva deve basear-se no controle da placa dentária; II - estabelecimento de higiene bucal dirigido pela localização da placa e doença periodontal. In: EDIÇÃO CONJUNTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 1981. 63 p.
9. BADERSTEN, A. et alii. Effect of monthly prophylaxis on caries and gingivitis in school-children. Community Dent. Oral Epidemiol., 3(1):1-4, 1975.
10. BASTOS, J.R.M. Suplementação de flúor no Brasil. Pediatria Moderna, 10(1):35-9, fev., 1985.
11. BROWN, H.K. et alii. Brantford - Sarnia - Stratford fluoridation caries study: final survey, 1963. J. Canad. Dent. Ass., 31(9):505-12, 1965.
12. BULLEN, C. et alii. Improving children's oral hygiene through parental involvement. J. Dent. Child., 55(2):125-8, Mar./Apr., 1988.

13. CALACHE, H. & WRIGHT, F.A.C. The dental status of four-year-old children in the Brunswick Child Development Study. Aust. Dent. J., 32(2):126-31, Apr., 1987.
14. CARVALHO, H.J. de. Modificação no hábito de higiene bucal, motivada pela leitura de história em quadrinhos - parte I. Odont. Mod., 10(4):25-37, abr., 1983.
15. \_\_\_\_\_. Modificação no hábito de higiene bucal, motivada pela leitura de história em quadrinhos - parte II. Odont. Mod., 10(5):29-41, maio, 1983.
16. CHAVES, M.M. Saúde e sistemas. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1978. 205 p.
17. \_\_\_\_\_. Odontologia social. 3. ed. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1986. 448 p.
18. CHAVES, N. Sistema nervoso, nutrição e educação. São Paulo, Pioneira, 1975. 135 p.
19. CHIODO, G.T. et alii. Counseling principles for more effective patient education. Community Dent. Oral Epidemiol., 14(4):190-2, Aug., 1986.
20. CLIFFORD, M.M. & WALSTER, E. The effect of physical attractiveness on teacher expectation. Sociology Education, 46:248-58, 1973.
21. COHEN, S.E. & BECKSMITH, L. Caregiving behaviors and early cognitive development as related to ordinal position in patern infants. Child. Development, 48(1):153-7. 1977.
22. CORRÊA, G.M. & GEBARA, O. Higiene dentária - relato de uma experiência com grupos de mães. Rev. Bras. Enferm., 37(3-4):228-36, jul./dez., 1984.
23. CRAFT, M. et alii. "Natural Nasher" dental health education programe. The results od a field trial in Scotland. Brit. Dent. J., 156(3):103-5, Feb., 1984.
24. CROUCHER, R.E. et alii. Results and issues arising from an evaluation of community dental health education: the case of the "Good Teeth Programme". Community Dent. Health, 2(2):89-97, Jun., 1985.
25. \_\_\_\_\_. The "spread of effect" of a school based dental health education project. Community Dent. Oral Epidemiol., 13(4):205-7, Aug., 1985.
26. CURY, J.A. Dentifrícios fluoretados no Brasil. Rev. Gaúcha Odont., 37(2):139-42, mar./abr., 1989.
27. CURY, J.A. Uso do flúor. In: BARATIERI, L.N. Dentística; procedimentos preventivos e restauradores. Rio de Janeiro, Quintessence, 1989. p. 43-67.
28. DE PAOLA, P.P. & CHENEY, H.G. Odontologia preventiva. Buenos Aires, Mundi, 1981. 294 p.

29. DESAI, D. & POWELL, R.N. Survey of preventive practices and attitudes to dental care in Maharashtra and Gujarat in India. Odontostomatol. Trop., 10(2):73-80, Jun., 1987.
30. DUAİLİBİ, S.E. et alii. Equipe interdisciplinar no ensino de odontologia para pacientes especiais. Rev. Ass. Odontol. Bras., 6(2):25-36, mar./abr., 1989.
31. EAGER, J.M. "Denti di chiaie" (Chiaie Teeth). Pub. Health Rep., 16:2576, 1901.
32. EHUDIN, H.E. & MARTIN, H.B. Tooth-tutoring: a pilot study to evaluate peer-teaching effectiveness. J. Dent. Child., 50(4):287-91, Jul./Aug., 1983.
33. FELDMAN, C. et alii. The rural dental health program: longterm impact of two dental delivery systems on children's oral health. J. Public Health Dent., 48(4):201-7, Fall, 1988.
34. FLANDERS, R.A. Effectiveness of dental health educational programs in schools. J. Amer. Dent. Ass., 114(2):239-42, Feb., 1987.
35. FONSECA, Y.P.C. & GUEDES-PINTO, A.C. Controle da dieta alimentar em pacientes de odontopediatria com alta incidência de cárie. Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent., 38(4):289-301, jul./ago., 1984.
36. FOSDICK, L.S. The reduction of the incidence of dental caries; I - Immediate tooth brushing with a neutral dentifrice. J. Amer. Dent. Ass., 40(2):133-43, 1950.
37. FRAZIER, P.J. Public health education and promotion for caries prevention: the role of dental schools. J. Public Health Dent., 43(1):28-42, 1983.
38. FRAZIER, P.J. et alii. Health education aspects of preventive dental programs for school-age children in 34 countries - final results. Int. Dent. J., 33:152-70, Jun., 1983.
39. GALLOP, P.D. & ROBERTS, J.L. Elective in Bombay and New Delhi - A look at the community health service. Br. Dent. J., 157(9):328-89, Nov., 1984.
40. GLAVIND, L. et alii. Oral hygiene instruction in general dental practice by means of self-teaching manuals. J. Clin. Periodontol., 12(1):27-34, Jan., 1985.
41. GORDON, I. Early childhood stimulation through parents education. Final report of Children's Bureau Social and Rehabilitation Service, Department of Health Education and Welfare Gainesville, Fla., University of Florida. Institute for Development of Human Resources, 1969.
42. GRACIANO, M.I.G. et alii. I encontro de assistentes sociais participantes em programas de reabilitação em lesões lábio-palatais. Baurú, Hospital de Reabilitação de Lesões Palatais - Universidade de São Paulo, 1988.
43. GRINPLASTCH, B.S. Floretação das águas no Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam., 76(4):321-30, Abr., 1974.

44. GRUEBBEL, A.O. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. J. Dent. Res., 23(3): 163-8, 1944.
45. GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo, Livraria Editora Santos, 1988. 1126 p.
46. HAGER, B. & KRASSE, B. Dental health education by "barefoot doctors". Community Dent. Oral Epidemiol., 11(6):333-6, Dec., 1983.
47. HALLA, D. Uma proposta sobre prevenção. Rev. Cat. Odontol., 11(1):23-6, jan./jun., 1987.
48. HARRIS, R. M. Biology of the children of Hopewood House, Bowral, Australia. J. Dent. Res., 42(6):1387-99, 1963.
49. HERBERT, M. Emotional problems of development in children. London, Academic Press, 1974. 97 p.
50. HILLEBOE, H.E. et alii. Newburgh-Kingston caries fluoride study; final report. J. Amer. Dent. Ass., 52(3):290-5, 1956.
51. HOCKMAN, C.H. Prenatal maternal stress in the rat: its effects on emotional behavior in the offspring. In: SPENCER, T.D & KASS, N. Perspectives in child psychology; research and review. New York, Mc Graw-Hill, 1970. p. 39-52.
52. HODGE, H. et alii. The evaluation of the infant dental health education programme developed in Sefton. Community Dent. Health, 2(3):175-85, Sep., 1985.
53. \_\_\_\_\_. The evaluation of the junior dental health education programme developed in Sefton, England. Community Dent. Health, 4(3):223-9, Sep., 1987.
54. HOLT, R.D. et alii. Dental health education through home visits to mothers with young children. Community Dent. Oral Epidemiol., 11(2):98-101, Apr., 1983.
55. HOLT, R.D. et alii. Effects of dental health education for mothers with children in London. Community Dent. Oral Epidemiol., 13(3):148-51, Jun., 1985.
56. HOROWITZ, A.M. et alii. Effect of supervised daily plaque removal by children; results after third and final year. J. Dent. Res., 56A:85-93, 1977.
57. INÁCIO, F. Mercado de creme dental e o segmento flúor. In: SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇAS DA GENGIVA. ABOPREV, 1982.
58. JAY, P. et alii. Observations on relationship of lactobacillus acidophilus to dental caries in children during experimental feeding of candy. J. Amer. Dent. Ass., 23(5):846-51, May, 1936.
59. KAPLAN, B.J. Malnutrition and mental deficiency. Psychological Bull., 78:321-34, 1972.

60. KATZ, S. et alii. Odontologia preventiva en acción. Buenos Aires, Panamericana, 1975. 451 p.
61. KEREBEL, L.M. et alii. Effects of motivation on the oral health of French schoolchildren. J. Dent. Child., 52(4): 287-92, Jul./Aug., 1985.
62. KLASS, K. & RHODEN, C. Aspects of dental health education for preschool children and their parents. J. Dent. Child., 48(5):357-63, Sep./Oct., 1981.
63. KOUNIN, J.S. & GUMP, P.V. The comparative influence of punitive and nonpunitive teachers upon children's concepts of school misconduct. J. Educational Psychology, 52(1):44-9, 1961.
64. KRASSE, B. Risco de cáries. São Paulo, Quintessence, 1986. 113 p.
65. LAIHO, M. et alii. Oral health education in Finnish schools. Scand. J. Dent. Res., 95(6):510-5, Dec., 1987.
66. LAMB, M.E. The role of the father in child development. New York, Wiley, 1976. 127 p.
67. LEVY, G.F. A survey of preschool oral health education programs. J. Public Health Dent., 44(1):10-8, Winter, 1984.
68. LEVY, G.F. & AUSTIN, G.R. The status of fluorid in oral health education in Head Start programs. J. Dent. Child., 51(1):66-70, Jan./Feb., 1984.
69. LIMA, A.C. de P. Limpeza seletiva dos dentes. In: SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇAS DA GENGIVA. ABOPREV, 1982.
70. LINDHE, J. et alii. Effect of proper oral hygiene on gingivitis and dental caries in Swedish school-children. Community Dent. Oral Epidemiol., 3(2):150-5, 1975.
71. LOUPE, M.J. & FRAZIER, P.J. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. J. Amer. Dent. Ass., 107(2):229-34, Aug., 1983.
72. MAGNUSSON, B.O. et alii. Odontopediatria; enfoque sistemático. Barcelona, Salvat, 1987. 369 p.
73. MAIER, F. Las oportaciones de la ingenieria al progreso de la fluoruración. Bol. Of. Sanit. Panam., 68(6):495-502, Jun., 1970.
74. \_\_\_\_\_. Fluoruración del água potable. Washington, Organização Panamericana de Saúde, 1971. 253 p.
75. MARCONDES, E. Desnutrição. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. Pediatria básica. 2. ed. São Paulo, Sarvier, 1968. p. 377-95.
76. MARTIN, B.J. et alii. An innovative approach to workinhg with parents. J. Dent. Child., 51(6):434-7, Nov./Dec., 1984.



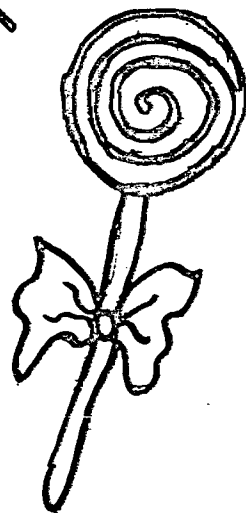
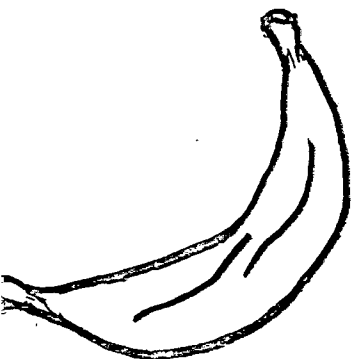
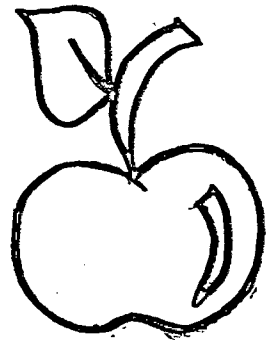
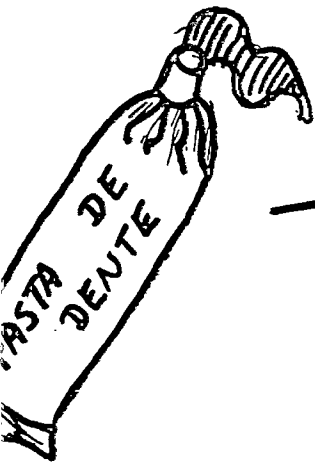
77. MASSLER, M. & SCHOUR, I. Dental caries experience in post war Italy (1945) among hospitalized children (ages 6, 14 years) in Nápoles. J. Dent. Children, 14(3):6-11, 1947.
78. Mc CANDLESS, B.R. Children behavior and development. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1967. 257 p.
79. Mc DONALD, R.E. & AVERY, D.R. Odontopediatria. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986. 675 p.
80. MELLANBY, H. & MELLANHY, M. Dental structures and caries in 5 year-old children attending London County Council schools. Br. Med. J., 1(12):1341-50, 1950.
81. MENEGHELLO, J. Desnutrición en el lactente mayor. Santiago, Central de Publicaciones, 1949. 115 p.
82. MILLER, W.D. Microorganisms of human teeth. Philadelphia, SS White Dental Manufacturing Co., 1890. 52 p.
83. MOREIRA, B.H.W. et alii. Análise do número de dentes irrompidos em escolares de 7 a 13 anos de idade de ambos os sexos das raças branca e negra. Rev. Bras. Odont., 30(182):142-6, jul./ago., 1973.
84. OLIVEIRA, S.P. et alii. Programa integrado de educação e saúde escolar. Rev. Gaúcha Odont., 34(3):264-6, maio/jun., 1986.
85. OLSEN, C.B. et alii. Dental health promotion in a group of children at high risk to dental disease. Community Dent. Oral Epidemiol., 14(6):302-5, Dec., 1986.
86. OPPERMANN, R.V. Flúor tóxico: um comentário atual. In: SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇAS DA GENGIVA. ABOPREV, 1982.
87. ORLAND, F.J. et alii. Use of the germfree animal technic in the study of experimental dental caries. J. Dent. Res., 33(2):147-74, 1954.
88. PAINTER, G. The effect of a structured tutorial program on the cognitive and language development of culturally disadvantaged infants. Merril-Palmer Quarterly, (15):279-94. 1969.
89. PINTO, V.G. Saúde bucal; odontologia social e preventiva. São Paulo, Livraria Editora Santos, 1989. 415 p.
90. PODSHADLEY, A.G. & SHANNON, J.H. Oral hygiene performance of elementary school children following dental health education. J. Dent. Child., 37:26-30, Jul./Aug., 1970.
91. POTGIETER, M. et alii. The food habits and dental status of some connecticut children. J. Dent. Res., 35(4):638-44, 1956.
92. POULSEN, S. et alii. Development of a Danish preventive program for preschool children based on cooperation with key-persons. Community Dent. Oral Epidemiol., 11(3):137-42, Jun., 1983.

93. PRICE, W.A. Nutricion and physical degeneration. St. Louis, Paul B. Hoeber Inc., 1939. (I part.) 225p.
94. REDMOND, G.P. Efecto de las drogas sobre el crecimiento intrauterino. In: \_\_\_\_\_ . Clínicas de Perinatología, Farmacología. México, Interamericana, 1979.
95. RIPA, L.W. Community - an school-based caries preventive programs. Participation of New York State Children. N. Y. State Dent. J., 51(7):408-12, Aug./Sep., 1985.
96. RUBINSON, L. & TAPPE, M. An evaluation of preschool dental health program. J. Dent. Child., 54(3):186-92, May/Jun., 1987.
97. RUSOFF, L.L. et alii. Fluoride addition to milk and its effect on dental caries in school children. J. Clin. Nutr., 11(2):94, 1962.
98. RUTTER, M. Psychological development; predictions from infancy. J. Child. Psychology Psychiatry, 11(1):49-62, 1970.
99. \_\_\_\_\_. Parent-child separation: psychological effects on the children. In: CLARKE, A.M. & CLARKE, A.D.B. Early experience: myth and evidence. London, Open Books, 1976. 289 p.
100. \_\_\_\_\_. Maternal deprivation, 1972-1978; new findings, new concepts, new approaches. Child. Development, 50(2).283-305, 1979.
101. SÁ, C. Higiene e educação da saúde. 5. ed. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária. 1957. 368 p.
102. SCHAEFER, E.S. Home tutoring, maternal behavior and infant intellectual development. Cognitive Stimulation in Infancy. Symposium presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC, Sep., 1969.
103. SCOTNEY, N. Educação para a saúde; manual para o pessoal de saúde da zona rural. 2. ed. São Paulo, Paulinas, 1981. 162 p.
104. SHEIHAM, A. Changing trends in dental caries. Int. J. Epidemiol., 13(2):142-7, Jun., 1984.
105. SLAVUTZKY, S.M.B. Pais e professores imprescindíveis na prevenção de cáries e de outras doenças da boca. Odont. Mod., 11(1-2):32-4, jan./fev., 1984.
106. SOGNAES, R.F. Analysis of wartime reduction in dental caries in European children. Am. J. Dis. Child., 75(6):792-82, 1948.
107. SONTAG, L.W. Efecto del ruido durante el período del embargo sobre el feto y la conducta dulta subsiguiente. Rev. Argentina Psiq. Psicol. Infancia y de la Infancia, 314(1):35-44, 1970.
108. SOUZA, G.A.C. de. Educação em saúde nas escolas. São Paulo, Secretaria dos Negócios da Educação do Estado de São Paulo, 1967. 257 p.

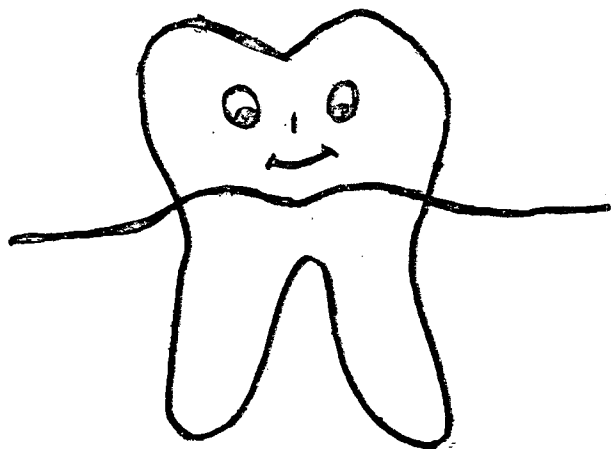
109. STEPHAN, R.M. Changes in hydrogen-ion concentration on tooth surfaces and in carious lesions. J. Amer. Dent. Ass., 27(5): 718-23, May, 1940.
110. TAKEUCHI, M. Epidemiological study on dental caries in Japanese children before, during and after world war II, Int. Dent. J., 11(8):443-57, 1961.
111. TEE, J. Some characteristics of 5-year-old children with a dmf of six or more in Gloucestershire, England. Community Dent. Health, 4(2):121-8, Jun., 1987.
112. THOMPSON, W.R. Influence of prenatal maternal anxiety on emotionality in young rats. Science, 125:698-9, 1975.
113. TORPAZ, E. et alii. Effectiveness of dental health educational programs on oral cleanliness of schoolchildren in Israel. Dent. Hyg. (Chic.), 58(4):169-73, Apr., 1984.
114. TUUTTI, H. & LAHTI, S. Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. J. Pedod., 11(2):146-50, Winter, 1987.
115. VARVIERI, R.L. & BELLAGAMBA, H.P. de. Programa personalizado para controle de dieta. Rev. Gaúcha Odont., 34(4):333-8, jul./ago., 1986.
116. VERTUAM, V. & MIRANDA, V.C. Importância da fluoretação da água de abastecimento na redução da cárie dental. Rev. Fac. Farm. Odont. Araraquara, 9(2):157-66, jul./dez., 1975.
117. VIEGAS, A.R. Nutrição, dieta e cárie dental. In: SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇAS DA GENGIVA. ABOPREV, 1982.
118. VIEGAS, Y. & VIEGAS, A.F. Prevalência da cárie dental na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de 14 anos de fluoretação da água de abastecimento. Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent., 39(5):272-82, 1985.
119. VIEIRA, C.A. et alii. Projeto de educação comunitária: uma proposta metodológica. Brasília, Ministério da Educação e Cultura, Escopo Ed., 1985. 47 p.
120. WEISS, R. & TRITHART, L.A.H. Between meal eating habits and dental caries experience in preschool children. Amer. J. Pub. Health, 50(12):1104-97, 1960.
121. WHITE, D.J. Reactivity of fluoride dentifrices with artificial caries. Caries Res., 22(1):27-36, 1988.
122. WILKINSON, K. A dental health project for 10-11 year olds. Br. Dent. Surg. Assist., 44(2):26-9, Mar./Apr., 1985.
123. WRIGHT, G.Z. et alii. Effect of interdental flossing in the incidence of proximal caries in children. J. Dent. Res., 56(6):574-8, 1977.
124. ZITA, A. et alii. Dietary habits and the dental caries experience in 200 children. J. Dent. Res., 38(5):860-5, 1959.

ANEXOS

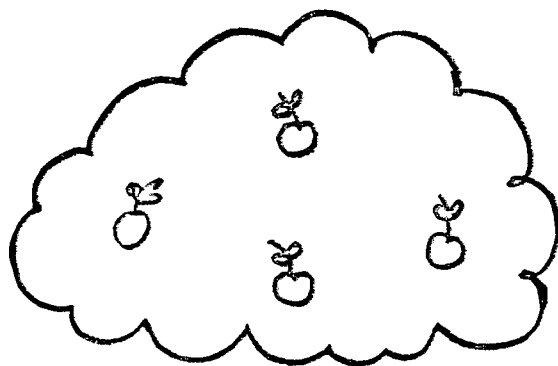
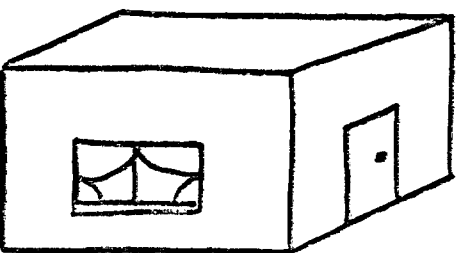
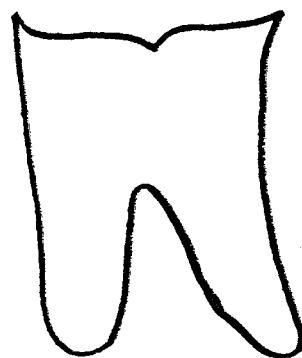
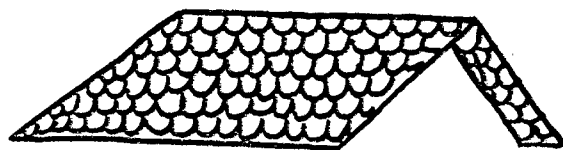
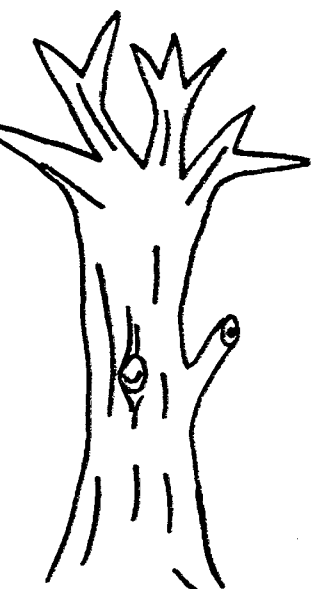
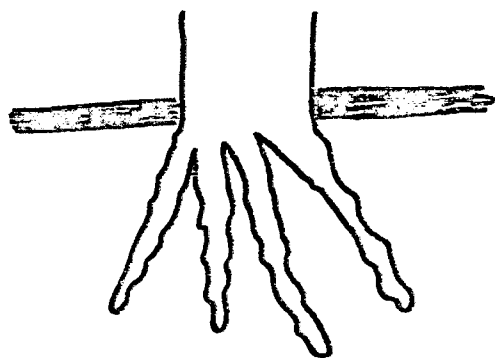
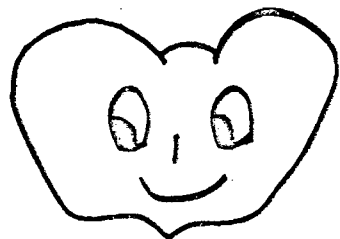
# PINTE OS AMIGOS DO DENTE

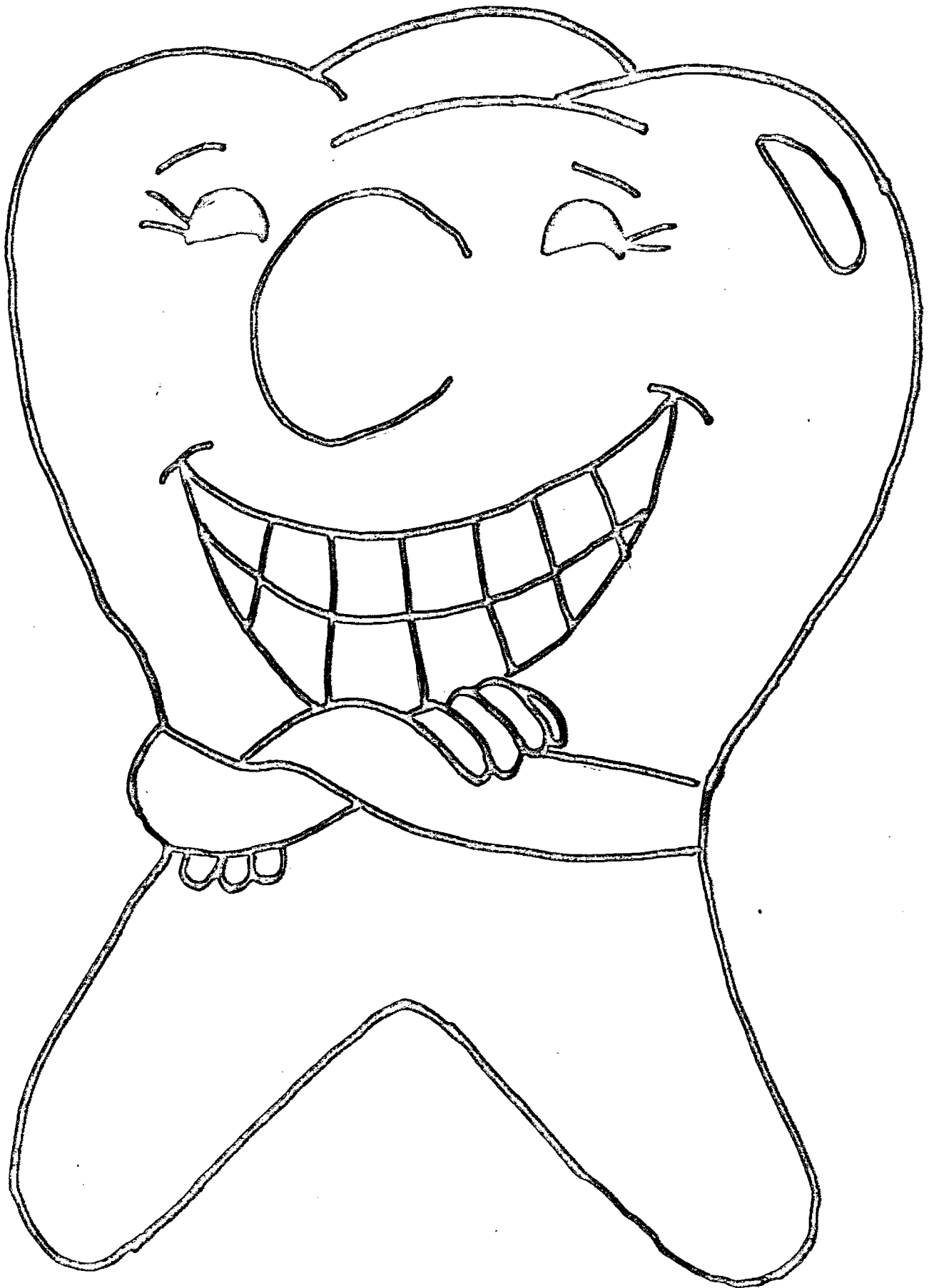


FAÇA UM CÍRCULO NO DENTE LIMPINHO



Vamos ligar os pedaços



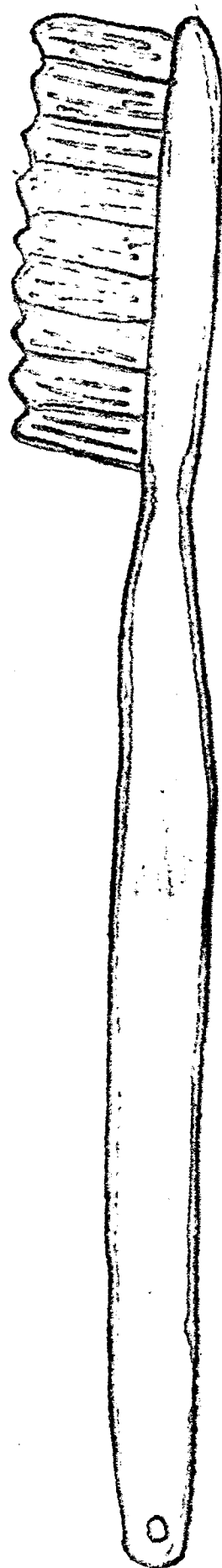






ESCOVA DE

DENTES



Música Educativa

Melodia: Ciranda Cirandinha

Escova com pastinha

Vamos todos bem limpar

Os dentinhos bem limpinhos

Logo logo vão ficar

Depois de escovar

Vamos todos bochechar

Para que a nossa boquinha

Possa logo bem brilhar.

## TEATRO DE FANTOCHES

Peça: Luizinho e o dente triste

Personagens:

- (N) Narrador
- (L) Luizinho
- (M) Mariazinha
- (P) Pai
- (Mãe) Mãe
- (DC) Dente cariado
- (DF) Dente feliz

(N) Era uma vez, numa linda cidade chamada Florianópolis, Luizinho estava muito feliz brincando em sua casa.

(L) Oh! Como é gostoso brincar, ser feliz, ter um lar, um monte de brinquedos para se divertir.

(N) Luizinho continuou brincando com seu carrinho até que apareceu sua irmã Mariazinha.

(M) Olá Luizinho, posso brincar com você?

(L) Pode.

(M) De que nós vamos brincar?

(L) Deixe eu pensar !!!!!

Ah! Já sei.

Que tal fazermos de conta que nós vamos fazer uma viagem para bem longe daqui num lindo barquinho.

(M) Puxa, que legal!! Mas para onde vamos?

(L) Já sei!!! Vamos para o mundo das doçuras, vamos comer muitas balas, chocolates, pirulitos, doces e muito mais (aparecem o pirulito e a bala).

Ai!!!! (Dar um berro bem alto).

(M) O que foi Luizinho?

(L) Ai!!! (voz de choro) . De repente me deu uma forte dor de dente. Não consigo agüentar de tanta dor.

(M) Espere um pouco que eu vou chamar a mamãe.  
Mamãe!!! Mamãe!!! (chamar alto)

(Mãe) Calma, calma. O que foi que aconteceu?

(M) Luizinho está com dor de dente.

(L) Oh! Mamãe eu não agüento de tanta dor.

(Mãe) Venha! Vou levar você ao dentista.

(N) No dentista, Luizinho entrou chorando na sala de tão forte que era a dor. Luizinho sentou na cadeira e o dentista curou sua dor; mas viu que o Luizinho apresentava muitas cáries nos dentes. Seus dentes estavam muito tristes, cheios de buracos e de sujeira (mostrar o dente triste)

(DC) Olá! Eu sou o dentinho do Luizinho. Vivo triste, porque o Luizinho não cuida de mim, não me limpa, nunca fui escovado e nem fiz bochecho com flúor. Como eu gostaria de ser forte e bonito como outros dentes de outras crianças!!!

(N) O dentista aproveitou para olhar os dentes da Mariazinha, e qual foi sua surpresa?? Não havia nenhuma cárie.

(DF) Olá!! Eu sou o dente da Mariazinha. Veja só como eu sou feliz. Estou sempre bonito, limpinho e cheiroso.

Vocês sabem o que eu costumo comer??

Muitas frutas, verduras, leite e nada de docuras.

Sou sempre bem escovado pela dona Escova (aparece escova + frutas).

A Mariazinha sempre faz bochecho com flúor para me deixar bem forte!!!

(N) Então, Luizinho, Mariazinha e sua mãe vão para casa.

À noite chega o pai de Luizinho....

(P) Boa noite crianças!! Onde vocês foram hoje? Porque o Luizinho está com esta cara triste?

(Mãe) Fomos ao dentista, porque o Luizinho teve uma forte dor de dente.

(P) Ah! Eu sempre avisei para ele cuidar melhor dos seus dentes. Ele vive comendo balas o dia inteiro e não escova os dentes.

(Mãe) É. E o dentista avisou que para termos uma boca sempre feliz não devemos comer muitos doces. Devemos sempre escovar os dentes após as refeições. Em vez de comermos doces, é melhor para a saúde comermos uma fruta como uma maçã, uma laranja ou, uma banana (aparece as frutas) Você entendeu Luizinho??

(L) Sim, mamãe! Eu agora vou cuidar sempre dos meus dentes, escová-los, e nunca mais vou brincar de ir para o país das doçuras. Também quero ter meu dente feliz como o da Mariazinha (aparece o dente feliz). Vamos brincar de saúde!!

#### APRESENTAÇÃO DOS PERSONAGENS

(N) Agora, a dona bala e o seu pirulito querem conversar com vocês. Eles estão chegando.

(Bala) Olá! Eu sou a bala. Eu vivo fazendo mal para todos os dentes das crianças que gostam de mim. Eu vou fazendo buracos nos dentes até que eles fiquem todos destruídos, até que eles doam muito, muito forte.

(Pirulito) E eu sou o pirulito. Assim como a bala, eu adoro fazer com que as crianças tenham dor de dente. Nossos inimigos são a dona Escova, o seu Flúor e as frutas.

Epa!! Cuidado Bala!! A dona Escova está vindo aí. Vamos fugir antes que ela nos destrua.

(Escova) Não adianta fugir. Eu sou a escova, e só eu que consigo destruir a dona bala e o seu Pirulito. Só se você escovar sempre os dentes é que eles não serão destruídos. Se você quiser ter sempre um lindo sorriso, me use bastante, que eu ficarei feliz. Tchau!!

(N) Ei!! Olhe quem vem vindo agora!

A dona Maçã e a dona Banana.

(Maçã) Eu e a banana estamos muito felizes por estarmos aqui com vocês. Se vocês nos comerem, vocês serão sempre fortes e bonitos. Nós, as frutas, fazemos bem para a saúde, vocês não ficarão doentes e os seus dentes não ficarão tristes como os dentes do Luizinho.

R O T I N A B I I I

- 07:00 - Recepção/ Troca de Roupa/ Banho/ Brinquedos Livres
- 08:15 - Organização do Ambiente
- 08:30 - Lanche
- 08:45 - Banheiro/ Escovar os Dentes
- 09:00 - Atividade em Sala
- 09:15 - Pátio
- 10:00 - Banho/ Troca de Roupa/ Desfraude
- 10:45 - Preparo para o Almoço
- 11:00 - Almoço
- 11:30 - Higiene
- 11:45 - Descanso
- 13:40 - Banheiro/ Troca
- 14:15 - Brinquedos
- 14:30 - Lanche/ Escovar os Dentes
- 14:45 - Atividade e Organização da Sala
- 15:00 - Parque
- 16:00 - Banheiro/ Troca
- 16:30 - Janta
- 17:10 - Banho/ Troca
- 18:30 - Saída

R O T I N A M I

- 07:00 - Recepção (Banho, Troca de Roupa e Brinquedo Livre)
- 08:15 - Preparação para o Lanche
- 08:30 - Lanche/ Higiene das mãos, Banheiro e Escovar os Dentes
- 08:45 - Atividades em Sala
- 09:15 - Pátio
- 10:15 - Banho
- 11:00 - Almoço/ Higiene/ Escovar os Dentes
- 11:30 - Repouso
- 14:00 - Banheiro/ Arrumação da Sala
- 14:30 - Lanche/ Escovar os Dentes
- 15:00 - Pátio
- 16:00 - Higiene e Atividade em Sala
- 16:45 - Janta
- 17:15 - Saída/ Atividade Diversificadas



R O T I N A M I I

- 07:00 - Entrada/ Recepção/ Exploração de Brinquedos  
08:00 - Exercícios de Concentração do Ambiente/ Definição dos Ajudantes do Dia  
08:30 - Lanche  
08:45 - Higiene dos Dentes  
09:00 - Atividades em Sala  
09:30 - Pátio (Com atividade dirigida)  
10:15 - Música/ História/ Higiene das mãos e rosto/ Preparação para o Almoço  
11:00 - Almoço/ Higiene/ Escovar os Dentes  
11:30 - Repouso ou Atividade Diversificada  
14:00 - Organização do Ambiente/ Higiene e Banheiro/ Atividade: Desenho Livre,  
Música  
14:30 - Lanche/ Higiene dos Dentes  
15:00 - Pátio  
16:00 - Atividade em Sala  
16:45 - Janta/ Higiene dos Dentes  
17:30 - Jogos e Brinquedos de Mesa/ Saída

R O T I N A J I

- 07:00 - Recepção/ Brinquedos
- 08:30 - Lanche
- 08:45 - Higiene (Dentes, Banheiro)
- 09:05 - Música/ História - Dramatização
- 09:30 - Atividade
- 10:15 - Pátio
- 10:45 - Higiene - Preparação para o Almoço
- 11:00 - Almoço/ Higiene
- 11:50 - Descanso
- 13:40 - Arrumação da Sala
- 13:45 - História/ Cantos/ Jogos
- 14:30 - Lanche/ Escovar os Dentes
- 15:00 - Atividade em Sala
- 15:45 - Pátio
- 16:30 - Higiene
- 17:00 - Janta
- 17:30 - Escovar os Dentes
- 18:30 - Brinquedos Livres - Saída

R O T I N A J I I

- 07:00 - Recepção - Brinquedos
- 08:30 - Lanche/ Escovar os Dentes
- 09:15 - Atividades em Sala
- 10:30 - Pátio
- 11:00 - Almoço/ Escovar os Dentes
- 11:30 - Pátio
- 12:30 - Atividade em Sala
- 14:30 - Lanche/ Escovar os Dentes
- 15:00 - Atividades em Sala
- 15:45 - Pátio
- 16:30 - Janta/ Escovar os Dentes/ Banho
- 17:30 - Saída
- 18:30 - Brinquedos de Mesa

## CARDÁPIO ALIMENTAR

abril/1989

2<sup>a</sup>-feira

- 08:30- 09:00hs - Lanche: leite com nescau, bolacha salgada  
(ou vitamina Neston)
- 10:45- 11:30hs - Almoço: sopão com batata doce
- 14:30- 15:00hs - Lanche: mingau
- 16:45- 17:15hs - Janta: repetir o almoço

3<sup>a</sup>-feira

- 08:30- 09:00hs - Lanche: Quick com leite, pão caseiro ou bolo  
com fubá (ou vitamina Neston)
- 10:45- 11:30hs - Almoço: feijão, arroz e omelete
- 14:30- 15:00hs - Lanche: suco de gelatina com pão caseiro  
ou bolo
- 16:45- 17:15hs - Janta: sopa de feijão com arroz

4<sup>a</sup>-feira

- 08:30- 09:00hs - Lanche: leite com Nescau e bolacha salgada  
(ou vitamina Neston)
- 10:45- 11:30hs - Almoço: sopão de verdura com massa de sopa
- 14:30- 15:00hs - Lanche: pudim com maizena
- 16:45- 17:15hs - Janta: repetir o almoço

5<sup>a</sup>-feira

- 08:30- 09:00hs - Lanche: leite com Nescau (ou café ou Vitamina  
Neston), pão ou bolo de fubá
- 10:45- 11:30hs - Almoço: sopa de feijão
- 14:30- 15:00hs - Lanche: mingau de banana
- 16:45- 17:15hs - Janta: repetir o almoço

6<sup>a</sup>-feira

- 08:30- 09:00hs - Lanche: polenta doce ou vitamina de Neston
- 10:45- 11:30hs - Almoço: sopão
- 14:30- 15:00hs - Lanche: Quick com bolacha
- 16:45- 17:15hs - Janta: repetir o almoço

## CARDÁPIO

### 2 meses

- 08:00 - mamadeira  
200 ml AF  
4 med. leite  
1 med. açúcar  
2 med. maizena

Dar 1 mamadeira de 3/3 horas

### 3 meses

- 08:00 - mamadeira  
200 ml AF  
4 med. leite  
1 med. açúcar  
2 med. maizena  
10:00 - banana amassada  
11:00 - sopa de verduras  
14:00 - mamadeira de vitamina  
17:00 - sopa de verdura

### 4 meses

- 08:00 - mamadeira  
200 ml AF  
4 med. leite  
1 med. açúcar  
2 med. maizena  
10:00 - banana amassada  
11:00 - sopa de verdura  
14:00 - vitamina  
17:00 - sopa com verdura

5 meses

- 08:00 - mamadeira  
240 ml AF  
5 med. leite  
2 med. açúcar  
2 med. maizena
- 10:00 - banana amassada
- 11:00 - sopa de verdura
- 14:00 - vitamina
- 17:00 - sopa com verdura

6 meses

- 08:00 - mamadeira  
240 ml AF  
6 med. de leite  
2 med. açúcar  
2 med. maizena
- 10:00 - banana amassada
- 11:00 - sopa de verdura e carne
- 14:00 - vitamina
- 17:00 - sopa de verdura e carne

7 meses

- 08:00 - mamadeira  
240 ml AF  
7 med. leite  
2,5 med. açúcar  
2,5 med. maizena
- 10:00 - banana amassada
- 11:00 - sopa de verdura e carne
- 14:00 - vitamina
- 17:00 - sopa de verdura e carne

## QUESTIONÁRIO

1. Você acha que escovar os dentes é importante ou não? Porque?
  
2. Em sua opinião, quando seria necessário escovar os dentes?
  
3. Como você escova os dentes, isto é, de que maneira usa a escova? Quais os movimentos que faz: circulares, de cima para baixo, de frente para trás?
  
4. Além da escova, você usa outros elementos para limpar seus dentes? (fio dental, fio de linha, tiras de plástico, palitos, bochechos)
  
5. Quando você acha que deve iniciar a higiene da boca nas crianças? E como fazê-la no seu entendimento?
  
6. Que tipo de informação você já recebeu sobre o uso do flúor, o que você pensa sobre ele?





FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO

## Recepção

- Inscrição, observando a área de abrangência
- Preenchimento da Ficha Sócio- Econômica

## Serviço Social

- Visita domiciliar
- Definição da elegibilidade

## Área Pedagógica

- Estudo da disponibilidade de vaga:
- \* Não preenchimento da meta
- \* Transferência para outro setor
- \* Desligamento
- \* Recursos Humanos no setor
- \* Frequência média do setor

## Serviço Social:

- Anamnese, termo de compromisso, DEAP, folha de Rosto, Carteira do Trabalho
- Abertura de prontuário
- Solicitação de Xerox Certidão de Nascimento

## Área Médica-

- Anamnese
- Exame Físico
- Solicitação de Exames Complementares e Cartão de vacinação

## Área Pedagógica

- Anamnese
- Avaliação inicial da Criança

## Área Médica-

- Pesagem e medição da criança
- Análise dos resultados dos Exames Complementares
- Transcrição dos dados do Cartão de Vacinação

## Serviço Social:

- Análise da DEAP, comprovação das informações e interpretação da Creche ao empregador
- Definição da data de admissão e/área pedagógica
- Orientação familiares e análise da disponibilidade e interesse para participação nos projetos
- Apresentação da Creche a mãe

## Área Pedagógica

- Apresentação da mãe e da criança no setor
- Repasse do prontuário para conhecimento das recreadoras
- Providências quanto a materiais (sacolas, lençóis, pranchetas)
- Recolhimento do prontuário no final do dia
- Entrega do prontuário à recepção

## Recepção

- Recebimento do prontuário da área pedagógica
- Registro no livro de Registro da Clientela
- Preenchimento Ficha de Inscrição
- Arquivo do prontuário conforme o setor





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
 DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I e II (STM 1609 e 1610)

PROJETO "EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS"

DATA	N O M E	Nº DO TRAT.	ESTAGIARIO	SUPERVISOR	UNIDADE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Nº E TIPO DE SERVIÇO:

- ( 1 ) Adaptação ao Tratamento
- ( 2 ) Índice CPO-D, ceo, outros
- ( 3 ) Tomada medidas antropométricas
- ( 4 ) Verificação da oclusão
- ( 5 ) Profilaxia
- ( 6 ) Radiografia
- ( 7 ) Selante
- ( 8 ) Aplicação cariostáticos
- ( 9 ) Escovação em massa
- ( 10 ) Extração
- ( 11 ) Demonstrações práticas
- ( 12 ) Flúor bochechos
- ( 13 ) Flúor tópico
- ( 14 ) Controle placa bacteriana
- ( 15 ) Escovação dent. supervisionada
- ( 16 ) Palestras
- ( 17 ) Curativo
- ( 18 ) Pulpotomia c/Formocresol
- ( 19 ) Endo despolpadosedcíduns
- ( 20 ) Pulpotomia c/Hidróx.de Cálcio
- ( 21 ) Restaurações de amálgama
- ( 22 ) Restaurações de resina
- ( 23 ) Restaurações de silicato
- ( 24 ) Emergência
- ( 25 ) Alta

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DA SAUDE  
DEPARTAMENTO AUTONOMO DE SAUDE PUBLICA

BOLETIM PROGRAMA PREVENTIVO CARIE DENTARIA

ESCOLA BÁSICA	TURNO
PROFESSOR RESPONSÁVEL	SÉRIE

No.	NOME DO ALUNC	IDADE	DATA DO BOCHECHO											
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
0														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
0														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
0														

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
OPÇÃO ODONTOPEDIATRIA

RELATÓRIO DO DIA DE TRABALHO PRÁTICO

LOCAL: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉRMINO DO TRABALHO: \_\_\_\_\_ HORAS

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
OPÇÃO ODONTOPEDIATRIA

RELATÓRIO DO DIA DE TRABALHO PRÁTICO

LOCAL: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉRMINO DO TRABALHO: \_\_\_\_\_ HORAS

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_

FICHA DE DEPOIMENTO

Programa de Educação em Saúde para prevenção de doenças bucais

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Depoimento:

## DEPOIMENTOS

Chefe da creche: "O desenvolvimento deste trabalho de Odontologia aqui na creche tem sido para nós muito positivo. A gente não vê mais crianças com dor de dente. As mães tem procurado o dentista porque ouvem as crianças falar em casa que o dentista consertou o dente delas ou ensinou-as a escovar os dentes. Quanto às crianças, têm-se notado que elas aceitam o trabalho e que as condições odontológicas delas melhoraram."

Recreadora: "O que vocês falam para a gente nas reuniões e nas conversas fica registrado na cabeça e sem que a gente perceba volta durante o dia. Volta e meia eu me pego pensando nas coisas que você falou sobre escovação e fio dental, principalmente quando eu estou escovando os dentes, daí procuro escovar direitinho e usar o fio dental com mais paciência. Outro dia cheguei a sonhar que eu estava ensinando uma amiga minha a escovar os dentes do jeito que vocês nos passaram na última reunião."

Pedagoga: "O serviço está indo bem. A gente nota no comportamento das crianças quando elas gostam ou não de alguma coisa. O que tem me chamado a atenção é a afinidade que elas têm desenvolvido contigo e com o assunto relativo aos dentes. Elas sempre comentam sobre os dentes, os bichinhos da cárie e quando vão ao dentista elas vem contar para a gente."

Médica: "O que vocês estão fazendo é muito importante. Eu sei que prevenção é um negócio meio chato porque a gente só vai ver os resultados daqui a uns 4 ou 5 anos, mas é muito bom que isto esteja acontecendo aqui na creche, ainda mais agora que a LBA mudou a filosofia de atendimento. Veja você que eles não querem mais que eu dê remédios para as crianças, mas não dá para encaminhar todos os casos, alguma coisa eu ainda tenho que ter aqui, pelo menos para controle de sarna e piolho. A gente tem que medicar aqui quando for casos simples e encaminhar os mais complicados."

Merendeira: "Eu acho muito importante você continuar aqui na creche. O serviço é muito bom. A gente não vê mais crianças com dor de dente ou fugindo para não ir no dentista, elas gostam de você."



Entrevista com uma professora da instituição sobre  
a repercussão do trabalho

1) O que você achou do nosso trabalho?

Com toda certeza, o trabalho de odontologia, foi de uma importância muito grande para nós que trabalhamos diariamente com crianças. Seus conhecimentos nos trouxeram uma gama muito grande de informações no que diz respeito a uma melhor conservação dentária dos que estão sob nossos cuidados.

2) Houve alguma melhora?

Notamos sensivelmente a mudança das crianças no trato com os dentes. Hoje, ao terminar as refeições, elas mesmas nos alertam para o horário de escová-los e no que diz respeito ao flúor, elas como que absorveram a responsabilidade de fazer corretamente os bochechos.

3) Você acha que deve continuar? Porque?

Certamente o trabalho deve continuar, pois proporciona tornar o quadro social existente em nosso País, e em particular aqui na creche, passível de mudanças. Mudanças no sentido de que é aqui que as crianças passam boa parte de seu dia e é aqui que se educam. Desta maneira, um trabalho constante levaria a uma melhor absorção dos cuidados que se deve ter com os dentes.

4) As crianças assimilaram alguma coisa a nível da importância com os cuidados de uma boa higiene bucal?

Como explanei nas outras respostas, as crianças absorveram muito do colocado para elas, já que se soube colocar os conhecimentos com muito tato e muita responsabilidade. Acredito que eles estavam cientes de seu trabalho e que por isso, alcançaram êxito em seu propósito.

## Entrevista com a cirurgiã-dentista da instituição

## 1. O que o programa de prevenção mudou no comportamento das crianças da creche?

Surtiu resultados que estão sendo vistos agora, como diminuição dos índices de cárie, conseguiu-se realizar muitos tratamentos nas crianças em termos preventivos. Sobre o comportamento, notei que as crianças agora gostam mais do dentista, vão contentes para o consultório e se interessam mais pelos seus dentes, gostam de escovar seus dentes, não fogem mais da escovação e do tratamento odontológico.

## 2. E no comportamento dos professores?

O resultado foi médio. Ainda não estão muito motivados e não entendem muito a importância do que se faz em termos preventivos como escovação dental, bochechos com flúor, etc. Mas não são todos assim. Os mais antigos colaboram e entendem melhor nosso serviço. Provavelmente este fato ocorre pela grande rotatividade de professores que nós temos aqui na creche.

## 3. Você acha que o serviço deve continuar?

Espero que continue o serviço, visto que vem tendo ótimos resultados.

## 4. Quais as dificuldades que você sente no desenvolvimento do seu trabalho?

Acontecem muitas reuniões, houve a greve, o que dificulta o serviço e diminui os atendimentos clínicos.

## 5. Quais os pontos positivos do trabalho após a sua vinda aqui para o prédio da creche?

Houve possibilidade de acontecer um maior entrosamento com as crianças e professores, isto facilita o trabalho. Houve também um melhor entrosamento com o curso de odontologia, possibilitando encaminhamentos para a UFSC.

Roteiro das perguntas  
Entrevista com as professoras

1. Depois que o programa de educação em saúde foi implantado na creche, as crianças passaram a escovar os dentes com mais vontade do que antes?
2. Elas gostam de realizar o bochecho com flúor?
3. Elas reclamam para ir ao dentista?
4. Elas conversam sobre dentes, dentistas, bactérias ou outra coisa que se relacione com odontologia entre elas ou com as professoras?
5. Você mudou seus hábitos de higiene bucal devido ao serviço?
6. Você mudou seus hábitos alimentares devido ao serviço?
7. As professoras conversam sobre dentes, dentista, etc...?
8. As mães passaram a se interessar sobre a saúde dos dentes dos filhos?
9. As mães comentam sobre alguma outra coisa relacionada a dentes, dentista, etc., com o pessoal da creche?
10. Qual a sua impressão pessoal sobre o serviço?

Respostas

Professora (1) - Jardim

1. Sim, nota-se que as crianças não reclamam mais para escovar os dentes.
2. Gostam agora. No início tinha algumas crianças que não queriam, mas quando viram a turma toda fazer, entraram na festa.
3. A maioria delas não.
4. Falam. Já conhecem o dentista, foi apresentado um teatro de marionetes e depois feito um exercício de pintar com elas. Naqueles dias elas conversaram bastante sobre bactéria, dente, vinham mostrar para a gente um dentinho mole ou outra coisa do gênero.
5. Aprendi a escovar os dentes direito, a usar fio dental durante uma palestra que você deu para nós. Depois, naquela sobre flúor também aprendi a importância do flúor para os dentes. Agora só compro pasta de dente com flúor.

6. Alguma coisa, mas é difícil mudar né? Tento não comer tanto doce, principalmente balas e chicletes.
7. Às vezes a gente conversa, em sala o assunto surge principalmente quando as crianças enxergam um dos dentistas.
8. Algumas delas sim, principalmente quando os filhos reclamam que o dente dói ou que caiu alguma "massinha" elas vem e pedem para a gente falar com a dentista sobre o assunto.
9. Algumas nos pediram se dava para atender os outros filhos delas.
10. Acho que o serviço está sendo bom para as crianças, acho que se elas se acostumarem desde pequenas a cuidar dos seus dentinhos vai ser melhor para elas no futuro.

#### Professora (2) - Maternal

1. Não sei se com mais vontade do que antes porque eu entrei na creche a poucos meses, mas elas não reclamam na hora de ir escovar os dentes.
2. Eles não conseguem bochechar sem engolir, por isso não fazem ainda o bochecho com flúor.
3. Elas vão pouco lá para o consultório, mas já conhecem a dentista e por isso não reclamam para sair daqui para o consultório com ela.
4. Eu nunca vi isto acontecer.
5. Eu participei só de uma palestra, aquela do flúor e agora sei o que é e para que serve o tal do flúor que o pessoal tanto fala.
6. Hábitos como assim? Você fala de açúcar; comer a toda hora? Ah! Sim! Já não fico comendo besteira o dia todo mas também faço isso porque senão engordo, não é?  
Quanto ao açúcar eu não diminuí não.
7. A gente conversa de vez em quando sim, principalmente quando a gente vê alguma criança com dentinho mole ou quando a Corina aparece na sala.
8. Olha, para falar a verdade eu não reparei porque quando elas vem pegar as crianças eu já saí do serviço, meu horário acaba um pouco antes do final da creche que é a hora quando as mães conversam mais com as professoras.
9. Uma vez, numa reunião de pais, uma mãe veio me perguntar se o dentista podia atendê-la porque ela tinha dor num dente, daí eu falei com a Corina e ela conseguiu que o Dr. Ângelo arrancasse o dente dela.
10. Pelo pouco tempo que eu estou na creche, acho que o trabalho é positivo porque as crianças escovam os dentes sempre, o jardim faz bochecho com flúor, eu já vi as meninas fazendo com as crianças, e eu acho que assim a gente pode ajudar as crianças a no futuro não ter tantos problemas dentários como os pais delas.

### Professora (3) - Berçário II

1. A minha turma é de berçário e eles ainda não tem escovas, mas nós limpamos os dentinhos deles após as refeições com um paninho molhado, geralmente a ponta da fralda. No início eles choravam um pouco mas agora eles já se acostumaram.
2. Não fazem o bochecho, são muito pequenas.
3. Eles não vão ainda para o consultório, mas quando a dentista vêm aqui ver os dentes deles a reação é boa em geral, quer dizer, a maioria das crianças não chora se mexem na boca delas.
4. Não, não sabem nem falar ainda!
5. Nas várias palestras que eu assisti aprendi o jeito certo de escovar os dentes, de usar o fio dental, a importância do flúor para as crianças, até passei a escovar os dentes da minha filha de 1 aninho.
6. Não como mais tantos alimentos pegajosos como bala caramelada, etc., pois agora sei que este é o pior tipo de açúcar.
7. Comentamos entre nós as coisas que nos ensinam; de que não é fácil fazer tudo sempre por causa do tempo que é curto para cuidar de tantas crianças. O que mais? Do mal que o açúcar causa aos dentes e outras coisas, volta e meia.
8. A gente fala para as mães que elas devem limpar os dentinhos das crianças, mas nem todas levam a sério. Algumas acham besteira já que os dentes de leite vão cair mesmo, para que arranjar mais serviço para elas? Outras não; aceitam, conversam normalmente.
9. Um ou duas ou três pediram se dava para a dentista atender os outros filhos que não estão na creche.
10. Eu acho o serviço odontológico bastante importante, ainda mais para esse pessoal pobre que não pode pagar dentista particular. Se eles aprenderem a cuidar dos dentes desde pequenos, provavelmente não precisem tanto de dentista quando forem adultos. É uma maneira de ajudá-los, não é?

### Professora (4) - Berçário III

1. A nossa turma durante uma época tinha escovas, depois acabaram-se as escovas e as crianças ficaram sem escovar os dentes. A uns quatro meses mais ou menos nós colocamos escovas novamente e quem faz a escovação nas crianças somos nós mesmas. Elas reclamam um pouco, algumas até fogem, mas nós temos conseguido fazer a escovação em todas.
2. Elas não têm condições para fazer o bochecho.

3. Nós só temos uma criança que já foi para o consultório: a Karine. Ela saiu daqui bem, mas foi no colo da mãe e eu soube que lá ela chorou bastante.
4. Já falam alguma coisa mas não sobre dente ou dentista, ainda são muito pequenas.
5. Aprendi que a gente deve escovar os dentes sempre após às refeições e deve usar pasta de dente que tenha flúor.
6. Depois que eu vi o que o açúcar fez com os dentes da Karine, é que a mãe dava mamadeira de noite com açúcar e ela dormia mamando, daí aquele açúcar foi comendo todos os dentinhos dela. Depois disso eu nunca mais fui dormir sem escovar os dentes. Ah! Sobre hábitos alimentares, eu também tento diminuir o açúcar no café, comer menos balas, chocolates e outras guloseimas.
7. A gente conversa entre a gente e com as crianças quando estamos escovando os dentes delas, acho que ajuda a ir acostumando elas à escovação dental.
8. Nem todas, algumas acham que é muito cedo para se preocupar, mas aquelas que sabem e vêem a Karine ficam mais interessadas pelos filhos.
9. Às vezes querem saber se na LBA os dentistas fazem dentaduras, ou se eles podem atender os filhos mais velhos.
10. Acho super importante a conscientização dos pais sobre os perigos da falta de cuidado com os dentes, por isso acho o trabalho importante, até quero sugerir para vocês falarem mais com os pais em sala ou em reuniões separadas como já houve uma, só assim a gente vai conseguir melhorar alguma coisa para esse pessoal.

#### Professora (5) - Jardim

1. Nós temos percebido que às vezes, elas mesmas pedem para escovar os dentes quando acabam as refeições.
2. Parece que gostam e ficam até brincando, rindo uma da cara da outra durante o bochecho.
3. Não. Sempre tem várias que querem ir com o dentista para o consultório.
4. Conversam entre si e com a gente. Às vezes até temos problemas como um dia que uma das crianças falou que a outra era "porca", que tinha um monte de dentes pretos na boca.
5. Meu dentista já tinha me ensinado a escovar os dentes, mas com as orientações que nos deram aqui na creche eu me conscientizei sobre a importância da escovação, do flúor.

6. A gente diminui o açúcar onde pode, como no café, usar adoçante ao invés de açúcar.
7. Se a gente conversa sobre dentista? Às vezes quando precisa ir em um dentista, a gente conversa com as colegas para saber onde ir. Ah! Sobre o que nos falamos? Sim, sim, principalmente quando a gente participa de alguma palestra onde vocês falam com a gente sobre estes assuntos.
8. A maioria das mães do Jardim não ligam, pelo menos não falam comigo, mas é que o meu horário não permite muito contato com elas, a gente se desencontra.
9. Pelo que eu saiba, elas conversam, pedem para atender os outros filhos que não estão na creche ou que já saíram no ano passado mas como eu já te disse, eu não encontro muito com as mães.
10. Pelo que a gente nota nas crianças, delas não terem medo de ir para o consultório com o dentista, de fazerem o bochecho e gostar do dentista eu sinto que a presença dele é boa para as crianças, desperta neles um cuidado maior ou pelo menos um interesse maior com os seus dentes.

#### Professora (6) - Maternal

1. Sim, nem todos escovam direito, mas não reclamam mais.
2. Eles ainda não fazem bochecho.
3. A maioria vai sem reclamar, quando chegam lá eu não sei como se comportam, mas saem daqui sem chorar.
4. Muito pouco, só de vez em quando, nas vezes que o dentista aparece por aqui.
5. Não. O que eu fazia antes continuo a fazer, mas é que o que foi falado de um modo geral eu já sabia.
6. Sim. Não chupo mais balas e chiclet tanto quanto antes e procurei diminuir o açúcar no café, mas é difícil conseguir largar todo o açúcar porque a gente está muito acostumada.
7. Às vezes sim, só que é pouco porque a gente não tem muito tempo pra ficar conversando.
8. Algumas sim, nos perguntam se o dentista não vai atender os filhos delas, se não dá para os dentistas verem os dentes de outro filho?
9. Já vieram perguntar para mim se o dentista da LBA não podia atender os pais das crianças. Eu disse que não sabia, mandei falar com a Corina.
10. Eu não sei se adianta muito porque ele atende tão pouco as crianças da minha sala, elas só vão de vez em quando para o consultório.

Professora (7) - Jardim

1. Sim, acho até que elas gostam apesar que de vez em quando se brigam no banheiro, mas isso é normal de crianças.
2. Fazem o bochecho sem reclamar. Às vezes a gente esquece de fazer na quarta-feira, daí a gente faz na quinta, mas as crianças sempre fazem numa boa.
3. Às vezes elas reclamam, mas o dentista conversa com elas e acaba conseguindo levá-las em paz.
4. Sim, falam sobre o bichinho da cárie, sobre dentes moles, mostram pra gente e para o dentista.
5. Se mudei meus hábitos? Bem, passei a usar só pasta de dente com flúor, agora troco a minha escova de dentes mais seguido e escovo os dentes sempre após às refeições, só que depois do lanche aqui da creche eu não escovo porque aqui eu não tenho escova.
6. Procuo diminuir o açúcar, até estou trazendo adoçante para usar no lanche aqui da creche.
7. Conversamos sim, principalmente quando é hora de fazer o bochecho com flúor, a gente procura fazer toda semana e até já virou rotina na creche pelo menos nos Jardins.
8. As mães nos perguntam sobre seus filhos, se eles vão no dentista, se antes de terminar o ano já vai ter acabado o tratamento do seu filho, mas não são todas não, algumas nem se tocam, acho que elas às vezes nem ligam se os filhos tem ou não tem dentes.
9. Algumas pedem se dá para atender os filhos maiores ou atender elas mesmas; depois da palestra para os pais muitas comentaram que gostaram, que agora viram que escovavam os dentes do jeito errado, que agora iam olhar se os filhos escovavam em casa ou não.
10. Aqui no Jardim a gente vê que as crianças mudaram bastante depois que você começou a vir na creche, eu falo em relação à escovação, comentários entre elas, por isso acho que é um serviço válido, que se não resolve por completo o problema, pelo menos ameniza e procura ajudar a diminuir os problemas futuros que elas possam apresentar.

Professora (8) - Berçário II

1. Nós temos feito a limpeza das bocas conforme nos foi passado, mas não é sempre que dá tempo, pois temos muito serviço com os bebês. Os mais novos choram quando a gente vai limpar a boquinha, mas depois eles acostumam e parece que gostam. Alguns até chupam o dedo da gente enquanto estamos limpando a boca.



2. O berçário não faz bochecho com flúor.
3. Ainda não houve necessidade de levar as crianças para o consultório pois segundo o dentista elas não têm cáries ainda.
4. Não conversam entre si, ainda estão na fase de aprender a falar.
5. O que eu mudei foi que agora eu faço com meu filho o que faço com os bebês da creche, ou seja, limpo a boca dele depois que ele se alimenta, uso uma fralda molhada.
6. Não dou mais mamadeira com açúcar de noite para meu filho, procuro sempre limpar a boquinha dele antes de dormir, depois da última mamada. Quanto a mim? Também não durmo mais sem escovar os dentes, brigo com a preguiça e tento diminuir o açúcar entre as refeições.
7. A gente conversa de vez em quando, quando sobra um tempinho, durante o lanche ou quando o dentista aparece em sala.
8. As mães não se interessam muito, acho que elas nem estão ligadas nos dentes dos filhos, só quando eles incomodam porque tem um dente nascendo, depois esquecem. A gente tenta falar que elas tem que limpar as boquinhas das crianças, mas nem todas se tocam. É difícil uma delas vir comentar ou perguntar para a gente alguma coisa sobre os dentes, até tem algumas, mas é um pouco difícil.
9. Às vezes, uma ou outra, fala que não dormiu com dor de dente, que tem que ir no dentista; uma vez uma das mães me perguntou se podia trazer a filha de 8 anos para a Corina atender, porque a criança tinha frequentado a creche no início e estava precisando de dentista.
10. Penso que é bastante proveitoso o serviço de odontologia aqui na creche. Se isso continuar, as crianças que agora frequentam os berçários já vão crescer com a idéia de cuidar dos dentes ao redor delas, e vão começar a se ligar e a gostar de escovar os dentes; vão questionar que na creche tem escova e em casa não; pedir para escovar os dentes em casa, e isso vai contribuir para uma modificação de comportamento, de postura frente ao cuidado com os dentes. Acho que o serviço é bom e deve continuar.

Roteiro das perguntas  
Entrevista com as mães

1. A sra. sabe da existência do serviço de odontologia da creche?
2. Como ficou sabendo da existência deste programa junto às crianças?
3. A sra. notou alguma modificação em seu filho em relação aos dentes, neste ano?
4. A sra. modificou em alguma coisa os hábitos alimentares em sua casa? O açúcar por exemplo?
5. A sra. aprendeu alguma coisa sobre dentes na creche este ano?
6. A sra. acha que a creche deve ter dentista?
7. Gostaria de fazer alguma sugestão sobre o assunto "dentista"?

Respostas

Mãe (1)

1. Sim, a gente conhece a Corina desde o começo da creche.
2. A menina fala das dentistas em casa de vez em quando.
3. Ela pede para escovar os dentes porque na creche eles escovam. Mas lá em casa ela não tem escova não.
4. Não.
5. Às vezes a dentista vinha falar comigo mas eu não tinha tempo de conversar com ela porque era de manhã e eu tenho que pegar cedo no serviço, minha patroa é chata com esse negócio de horário.
6. Acho que sim. Pelo menos as crianças não ficam com dor de dente, não é?
7. Eu gostaria que atendessem a gente também, porque ir no INPS pegar ficha é chato, demora muito.

Mãe (2)

1. Sim.
2. Eu participei daquela reunião onde passaram um filminho e falaram sobre como a gente deve escovar os dentes.
3. Eu notei que a dentista andou tapando os buracos dos dentes dele com uma massinha branca.
4. Pois é, a dentista falou que é o açúcar que faz o dente ficar cariado, mas tirar os doces dessa piaçada é muito difícil.

5. Aprendi que tem um jeito certo para escovar os dentes e que os doces é que fazem as cáries, que foi o que me falaram naquele dia.
6. Acho que sim. Assim as crianças aprendem a cuidar dos dentes e não vão ficar que nem a gente que já não tem um monte de dente que teve que arrancar porque doíam.
7. Eu achava que o dentista da LBA podia atender a gente também, os pais aqui da creche.

Mãe (3)

1. Então não sei menina! A Janaína não fala de outra coisa em casa, vive contando o que a tia dentista faz na sala dela.
2. Pois foi a Janaína e o Jackson que falaram primeiro, depois eu conheci você, querida!
3. Eles escovam os dentes sempre. Vivem pedindo para mim comprar pasta quando acaba lá em casa.
4. Eu não dou mais tanta baia para eles agora, se eles chupam na rua eu não sei, pois a gente trabalha o dia inteiro, não pode ficar em cima, não é?
5. Ih! Tanta coisa que você falou pra gente. Aprendi que a gente tem que escovar os dentes sempre depois que come; que é a doçura que estraga os dentes, que aquele dente que nasce lá atrás quando eles têm 6 anos não cai mais e que a gente tem que cuidar bem dele.
6. Deve sim, menina! Já pensou se não tivesse, as crianças não estavam cuidando dos dentes como estão.
7. Que a dentista, a Corina, podia atender os irmãos das crianças da creche.

Mãe (4)

1. Eu sei, pois a gente conversa com a dentista de manhã quando a gente vem trazer as crianças para cá.
2. Ela falou que queria conversar com a gente sobre os dentes.
3. O moleque está escovando os dentes todo dia em casa, antes não era assim não, a escova ficava lá e ele nem ligava.
4. Eu vivo falando para os meninos não chupar chiclete, que a moça da creche disse que doce estraga os dentes, mas sabe como é? É difícil controlar esses danados.
5. Aprendi que é a doçura que estraga o dente, um dia perguntei porque que os dentinhos da minha pequena ainda não tinham nascido e a dentista me explicou tudo direitinho.

6. Acho que sim, quando alguém conversa com a gente, responde às perguntas e também cuida dos dentes dos pequenos, isso é bom, pois quando eles crescerem não vão ter que usar chapa que nem eu.
7. Que atendessem os irmãos das crianças da creche. Lá em casa, dois dos maiores andam com dente incomodando.

Mãe. (5)

1. Conheço, já participei de uma palestra sobre cuidados com os dentes.
2. Primeiro foram meus filhos que falaram em casa, depois eu soube desta reunião e resolvi vir para ver o que ia ser dito.
3. Eles falam bastante em casa do dentista e até escovam os dentes todo dia agora.
4. Depois que foi falado que o açúcar é que causa a cárie, eu estou tentando não dar mais tantas balas e doces para as crianças, mas é difícil pois o pai vive trazendo balas para eles, e não adianta falar, ele é teimoso demais.
5. Apreendi naquela palestra que a gente deve escovar os dentes depois de comer e antes de dormir, aprendi que o doce estraga os dentes.
6. Acho que sim.
7. Que continuem a ensinar as crianças a como cuidar dos dentes para evitar que eles sofram mais tarde com dor.