JAIR DE SOUZA MOREIRA JÚNIOR

Capital social e saúde bucal: contribuição de programa socioeducativo

São Paulo

2011

JAIR DE SOUZA MOREIRA JÚNIOR

Capital social e saúde bucal: contribuição de programa socioeducativo

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Moacyr da Silva

São Paulo

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Moreira Júnior, Jair de Souza

Capital social e saúde : contribuição de programa socioeducativo : [versão original] / Jair de Souza Moreira Júnior; orientador Moacyr da Silva. -- São Paulo, 2011.

99p. : fig., tab., 30 cm.

Tese -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Capital social. 2. Saúde bucal. 3. Promoção da saúde. I. Silva, Moacyr da. II. Título.

Moreira Jr. JS. Capital social e saúde bucal: contribuição de programa socioeducativo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: /   / 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Agradeço a Deus por iluminar meu caminho, e estar presente em todos os dias da
minha vida.*

Uma dificuldade é uma luz; uma dificuldade insuperável é um sol
Paul Valéry

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Áurea e Jair, meus mestres durante toda a vida, que me propiciaram oportunidades e me ensinaram a viver com honestidade, apoiando-me em todos os momentos.

Aos meus avós (*in memoriam*) Josefa, Francisco, Petronilha e Nilo pela ajuda e motivação, transmitindo seus ensinamentos e experiências, com amor e compreensão.

Aos meus irmãos, Sheyla e Fernando, pelo apoio.

Meu especial agradecimento às crianças e educadores que participaram da pesquisa e tornaram possível a realização.

AGRADECIMENTOS

À Comissão de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo.

À Direção do Serviço Social do Comércio no Estado de São Paulo (SESC) na pessoa do Prof. Danilo Santos de Miranda pela confiança e autorização na realização desta pesquisa dentro da Instituição.

Ao Professor Dr. Moacyr da Silva pela orientação e acompanhamento deste trabalho em todas as fases, meus agradecimentos.

Ao Professor Edgard Michel Crosato, pela orientação e acompanhamento na elaboração e no desenvolvimento deste trabalho, meu especial agradecimento.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social da Universidade de São Paulo.

Aos colegas de Doutorado que dividiram angústias e principalmente alegrias no decorrer do curso.

Ao Superintendente Técnico Social, Joel Naimayer Padula pela constante motivação para o desenvolvimento da pesquisa.

À Gerente da Gerência de Saúde e Alimentação (GSAL) Maria Odete Ferreira Marcondes de Salles pelo carinho e confiança no desenvolvimento deste trabalho.

À Gerência de Programas Socioeducativos (GEPSE) pela colaboração e apoio.

À amiga e companheira de coordenação do Programa de Odontologia, Norma Tami Maruyama Chacur e a todas as colegas da Gerência de Saúde e Alimentação (GSAL) pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Aos Cirurgiões Dentistas das clínicas odontológicas, auxiliares, funcionários do SESC, que colaboraram no desenvolvimento deste trabalho, com muita dedicação.

A amiga e técnica do Departamento Nacional do SESC, Valéria Roças pela colaboração e apoio.

Aos amigos e sempre colaboradores, Luis Vicente de S. Martino, Marcela Aparecida Ferreira de Camargo e Teresa Maria da Ponte, agradeço pela força e empenho para finalização deste trabalho.

Aos amigos de todas as jornadas Fernando Jorge de Paula e Marcelo Marotta Araújo pela motivação no aprimoramento, meu especial obrigado.

Aos amigos e companheiros de todas as horas Ana Luiza Troccoli, Christian Graziane Garcia, Renata Dotta e Werley Oliveira pela colaboração no desenvolvimento do trabalho e motivação nos momentos difíceis.

“Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua). É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais... O homem, como ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber.”

Paulo Freire

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida deste trabalho se deu na graduação, ocasião em que me identifiquei com a Odontopediatria.

A partir da graduação pude participar de diversos cursos de aperfeiçoamento voltados para a Odontopediatria, tendo inclusive acompanhado a disciplina como professor auxiliar, o que contribuiu para que eu me especializasse nessa área.

Na realidade, as questões relacionadas à saúde coletiva sempre estiveram latentes desde os tempos da faculdade, motivo pelo qual a minha preocupação com a questão da promoção da saúde se manteve presente durante toda a minha jornada profissional, seja trabalhando em meu consultório, seja colaborando na clínica a convite de uma professora, oportunidade em que desfrutei de válida experiência na área.

Findo o curso de especialização, ingressei no corpo clínico do SESC justamente em uma vaga no setor de Odontopediatria, uma feliz coincidência.

Com efeito, nessa Unidade do SESC pude vivenciar profundamente a especialidade, o que se revelou uma experiência bastante gratificante. Ademais, a colaboração e o incentivo dos colegas desse setor, principalmente nos momentos mais difíceis e, ainda, em alguns casos clínicos complexos, foram extremamente importantes durante esse processo.

Mas essa experiência não parou por aí, pois também participei diretamente de atividades educativas promovidas pelo SESC, tanto na elaboração e desenvolvimento quanto na realização destas, oportunidade em que desenvolvi o papel de educador.

No mais, fui convidado para coordenar no estado de São Paulo, um projeto de âmbito nacional, que se destinou ao atendimento da população mais carente. Tal projeto teve por objetivo o desenvolvimento de ações educativas junto a pacientes economicamente desfavorecidos e junto a comunidade das regiões atendidas. Inicialmente, foram disponibilizadas duas unidades móveis de odontologia, as quais foram deslocadas para locais estratégicos onde as unidades operacionais do SESC não dispunham de clínicas odontológicas, visando sempre o atendimento da população mais carente.

No decorrer dessas atividades conheci algumas pessoas ligadas ao Departamento Nacional do SESC, participei de treinamentos relacionados, bem como do acompanhamento técnico do projeto, oportunidade em que pude me aproximar mais da parte conceitual sobre saúde e entender melhor a amplitude dessa proposta. Vale destacar que algumas dessas pessoas continuam participando da minha vida profissional e me ensinam em cada encontro que sempre podemos melhorar como educadores e como cidadãos.

De fato, a experiência como coordenador desse projeto foi muito marcante para mim, pois pude vivenciar um trabalho relacionado com a saúde coletiva, momento em que senti a necessidade de buscar mais conhecimento nesse sentido, ou seja, na parte conceitual da promoção da saúde e também na área de gestão.

Nessa esteira, com a mesma inquietude de sempre, ingressei no Mestrado e nessa fase procurei, por meio das disciplinas que participei durante o curso, entender algumas questões relacionadas aos determinantes da saúde, bem como, na medida do possível, trazer para a vida prática algumas soluções que possibilitassem melhores condições para as pessoas assistidas nas atividades clínicas e educativas.

E foi durante esse curso que surgiu um novo desafio para mim, qual seja, o de trabalhar na coordenação dos Programas de Saúde e de Odontologia da Instituição. Nesse momento, acreditei que utilizaria todo o conhecimento e, sobretudo, toda a experiência adquiridos no caminho até então percorrido, no entanto, me deparei com um entrave, ou seja, percebi que não conseguiria seguir adiante sem, contudo, buscar mais conhecimento, principalmente na área de gestão.

Sendo assim, a partir da convivência com outros gestores, surgiu uma necessidade premente de entender melhor algumas práticas da Instituição, principalmente com relação as pessoas que colaboram para o desenvolvimento das ações, o que foi muito relevante para a minha evolução.

Foi nesse momento que, munido de mais conhecimento e experiência, pude compreender com maior propriedade a verdadeira proposta da Instituição e, tendo em vista que “com o saber cresce a dúvida” (Goethe), inevitavelmente, surgiram indagações que me instigaram a iniciar um novo desafio, o Doutorado.

Dessa forma, a partir do somatório da minha vivência profissional, das máximas de experiência acumuladas, da odontopediatria propriamente dita, bem como do contexto da saúde coletiva, sem desconsiderar a necessidade de estruturar

um campo de pesquisa para o curso, encaminhei uma proposta destinada a estudar a efetiva contribuição de um programa socioeducativo promovido pelo SESC para a manutenção da saúde e da qualidade de vida das crianças participantes.

Nesses termos, a partir da autorização das gerências responsáveis pelas áreas de saúde e educação infanto-juvenil da Superintendência Técnico Social e da Direção da Instituição, além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), dei prosseguimento ao presente estudo para o desenvolvimento desta Tese.

O programa socioeducativo em questão tem como objetivo o atendimento de crianças dependentes de comerciários e trabalhadores do setor de serviços, bem como de crianças que tenham interesse em participar das atividades, cujas famílias, comprovadamente, estejam em situação socioeconômica desfavorável.

A proposta do programa é o desenvolvimento de ações educativas e culturais que propiciem, por meio de saúde, atividades físicas, música, entre outros, um ambiente no qual as crianças participantes possam conviver e trocar experiências, possibilitando a formação de pessoas mais conscientes e questionadoras.

Consciente deste princípio e certo de que a vivência nessa estrutura organizada pode colaborar para a vida dessas crianças, gerando o chamado “capital social”, a intenção deste trabalho foi avaliar a contribuição efetiva do referido programa socioeducativo na qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde bucal das crianças inseridas em seu contexto.

Toma-se neste trabalho a “lógica positiva” de capital social, reconhecendo que traz subjacente a sua aplicação, como principais benefícios, a ampliação do controle social fortalecendo o poder comunitário, aliado a sua contribuição na formação de sujeitos com maior autonomia, na premissa de que investimentos em saúde se constituem em meio efetivo de promover o crescimento da sociedade.

RESUMO

Moreira Jr JS. Capital social e saúde bucal: contribuição de programa socioeducativo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. Versão Original.

O entendimento dos determinantes sociais, valorizando não somente as condições biológicas é fundamental para efetivar a promoção da saúde. Desta forma, nos deparamos com a abordagem do Capital Social que valoriza as relações entre a saúde, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Partindo do pressuposto de que o ambiente escolar é um meio apropriado para a promoção da saúde, já que pode oferecer uma estrutura mais suportiva um programa socioeducativo, decerto que pode contribuir para a formação das crianças dentro de um contexto de qualidade de vida. Sendo assim, o estudo analisa a contribuição de um programa socioeducativo desenvolvido em algumas Unidades do SESC no Estado de São Paulo na saúde bucal das crianças participantes. Para a análise do impacto bucal nas atividades diárias das crianças, foi aplicado um questionário (OIDP-Infantil) adaptado que considera a qualidade de vida, como uma variável importante dos indicadores clínicos. No estudo foi aplicado também, um questionário aos educadores que acompanham o programa, com a finalidade de verificar as atitudes e o nível de conhecimento em saúde bucal. O pesquisador responsável pelo estudo compareceu nas Unidades Operacionais para a aplicação dos questionários a todos os envolvidos no estudo (620 crianças e 60 educadores). Os resultados mostraram que os impactos bucais mais prevalentes nas atividades diárias ocorreram durante a alimentação, seguido de higiene bucal e de alteração que tivesse afetado o estado emocional. Quando os impactos bucais foram associados com as Unidades Operacionais classificadas com menor Capital Social, os dados foram estatisticamente significantes durante a alimentação, ao falar, durante a higiene bucal, no estado emocional e no contato com outras crianças. O reconhecimento da importância da participação das crianças, durante o desenvolvimento, em estrutura que proporcione um suporte adequado, com um acompanhamento de educadores capacitados para a formação do Capital Social, reforça a proposta, no entanto,

iniciativas com a finalidade de aperfeiçoar os conhecimentos em saúde bucal, incluindo esta pauta no currículo do programa, pode contribuir para efetivar um trabalho em parceria, possibilitando um desenvolvimento saudável, com mais qualidade na vida das crianças participantes.

Palavras-chave: Capital Social. Promoção da Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Moreira Jr JS. Social capital and oral health: The contribution of a social-educative programme [thesis]. Sao Paulo: University of Sao Paulo, College of Dentistry; 2011. Original version.

The understanding of social determinants of health, and not only biological conditions, is fundamental to achieve health promotion. In this way, we face the Social Capital approach, which considers the relations among health, life condition inequalities and the development level of the association and bonding between individuals and groups. Assuming that the scholar environment is appropriate to health promotion, offering a more supportive structure, a social-educative programme, though having a broader scope, may contribute to the formation of children within a life quality context. The main goal of this work is to analyse the contribution of this social-educative programme undertaken in a few SESC units of the Sao Paulo State aiming the oral health of the participating children. For the analysis of oral impact on daily activities of the children, an adapted index (Child-OIDP), that considers life quality as an important variable of clinic indicators, was applied. A questionnaire was also directed to the educators that followed the programme, in order to verify the behavior and oral health knowledge level. The researcher visited some company operational units and applied the questionnaires to every person involved in the study (620 children and 60 educators). The results show that the more prevailing oral impacts on daily activities were observed during feeding, oral hygiene and emotional state. When oral impacts were associated to the company units classified as one of those which presented lower Social Capital, the data were statistically significant during feeding, speaking, oral hygiene, emotional state and contact with other children. The importance of children's participation acknowledgement during their development, within a structure that provides an adequate support, followed by capable educators for the formation of Social Capital, reinforces this kind of approach. Nevertheless, initiatives aiming at an increase of knowledge in oral health, including this subject in the program curriculum, may contribute to reinforce an effective partnership, enabling a healthy development with enhanced life quality for the participating children.

Key words: Social Capital. Health Promotion. Oral Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 –	Distribuição das crianças participantes, segundo a idade da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	58
Tabela 5.2 –	Média da idade das crianças participantes do Programa SESC Curumim, 2011	58
Tabela 5.3 –	Distribuição das crianças participantes, segundo o gênero da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	58
Tabela 5.4 –	Distribuição das crianças participantes, segundo o número de dias no Programa SESC Curumim, 2011	59
Tabela 5.5 –	Distribuição das crianças participantes, segundo a média no número de dias que participa das atividades do Programa SESC Curumim, 2011	59
Tabela 5.6 –	Distribuição das crianças participantes, segundo o tempo de participação da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	59
Tabela 5.7 –	Distribuição segundo o relato de desconforto ao comer, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	60
Tabela 5.8 –	Distribuição segundo o impacto ao falar, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	60
Tabela 5.9 –	Distribuição segundo o impacto na higiene bucal, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	61
Tabela 5.10 –	Distribuição segundo o impacto ao dormir, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	61
Tabela 5.11 –	Distribuição segundo o impacto emocional, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	62
Tabela 5.12 –	Distribuição segundo o impacto ao sorrir, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	62
Tabela 5.13 –	Distribuição segundo o impacto ao realizar as tarefas, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	63

Tabela 5.14 – Distribuição segundo o impacto ao contato com outras crianças, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011	63
Tabela 5.15 – Distribuição segundo o gênero, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011	64
Tabela 5.16 – Distribuição segundo a idade, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011	64
Tabela 5.17 – Distribuição segundo o tempo de trabalho, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011	65
Tabela 5.18 – Distribuição segundo a realização de alguma atividade educativa relacionada ao conhecimento da saúde bucal, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011	65
Tabela 5.19 – Distribuição segundo o horário de realização da higiene bucal pelas crianças, acompanhada pela população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011	65
Tabela 5.20 – Distribuição segundo a reclamação de dor ou solicitação de orientação sobre saúde bucal, realizada pelas crianças que são acompanhadas pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	66
Tabela 5.21 – Distribuição segundo a conduta no caso da solicitação de orientação sobre saúde bucal, realizada pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	66
Tabela 5.22 – Distribuição segundo a conduta no caso do relato de dor pela criança, realizada pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	67
Tabela 5.23 – Distribuição segundo o entendimento da relação entre a saúde bucal dos educadores, com as crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	67
Tabela 5.24 – Distribuição segundo o conhecimento da conduta no caso de acidente que atinja a boca das crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	68

Tabela 5.25 – Distribuição segundo a importância da orientação de saúde bucal durante as atividades, pelo grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	68
Tabela 5.26 – Distribuição segundo o nível de interesse em colaborar com a equipe de saúde bucal nas atividades educativas para as crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011	69
Tabela 5.27 – Distribuição dos participantes segundo o relato de desconforto ao comer e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	71
Tabela 5.28 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao falar na saúde bucal e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	72
Tabela 5.29 – Distribuição dos participantes segundo o impacto na higiene bucal e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	72
Tabela 5.30 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao dormir e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	73
Tabela 5.31 – Distribuição dos participantes segundo o impacto emocional e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	73
Tabela 5.32 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao sorrir e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	74
Tabela 5.33 – Distribuição dos participantes segundo o impacto na realização das tarefas e fatores associados. Programa SESC Curumim, 2011	74
Tabela 5.34 – Distribuição dos participantes segundo o impacto no contato com outras pessoas e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011	75

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CD	Cirurgião Dentista
CPOD	Dentes Permanentes cariados, perdidos e obturados
DN	Departamento Nacional
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PIDI	Plano Integrado de Desenvolvimento Infantil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 Capital Social	25
2.2 Educação em saúde	30
2.3 Saúde Bucal	39
2.3.1 Qualidade de Vida	44
3 PROPOSIÇÃO	47
3.1 Objetivo geral	47
3.2 Objetivos específicos	47
4 MATERIAL E MÉTODO	48
4.1 População de estudo	48
4.2 Perfil da instituição	49
4.2.1 Programa SESC Curumim	51
4.3 Coleta de dados	53
4.4 Considerações Éticas	54
4.5 Processo metodológico	55
4.5 Análise estatística	56
5 RESULTADOS	57
5.1 Impacto bucal na qualidade de vida	57
5.2 Atitudes e nível de conhecimento dos educadores	64
5.3 Capital social e impacto bucal na qualidade de vida	69
6 DISCUSSÃO	76
7 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	93
ANEXOS	98

1 INTRODUÇÃO

A importância de avaliar determinantes sociais no conhecimento da condição de saúde é evidente, pois os progressos das estratégias escolhidas e a observação do cumprimento ou não das metas estabelecidas pelos serviços de saúde pode ser demonstrado através de estudos sobre o processo saúde-doença das populações (Peres et al., 2003).

Historicamente, a trajetória trilhada pela saúde no país deixou evidente que programas e projetos direcionados somente para os determinantes biológicos, desconsiderando seus demais agentes causadores, não trouxeram melhoras no quadro epidemiológico, e, especificamente no foco da saúde bucal, essas doenças se avolumaram deixando como marca no seu cenário a dor, o sofrimento e a mutilação resultante de perdas dentárias.

Desta forma, não coube às políticas públicas e ao meio acadêmico outra opção senão entender as doenças bucais como fenômenos sociais, cuja melhoria necessariamente perpassaria por outros caminhos, além de dentes e bocas.

Na saúde geral, não diferentemente, a doença tomou a frente da saúde. Seus caminhos também puderam registrar que a assistência, por si só, não daria conta de demandas tão múltiplas e diferentes da sociedade. Trocar a assistência pela atenção, também entendendo o homem como um ser social, tornou-se desafio permanente (SESC, 2011a).

Nas últimas décadas, observa-se um avanço no estudo das relações humanas, como se organiza uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (Almeida-Filho et al., 2003). Esse avanço é marcante no estudo das iniquidades em saúde, subsidiando a definição de estratégias e de políticas públicas em saúde buscando espaços maiores de atuação a partir da análise das desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000).

O desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores influenciam na situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É por

meio do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre macroindicadores de riqueza de uma sociedade, com indicadores de saúde (Buss; Pelegrini, 2007).

Fica evidente a necessidade de se colocar em prática uma frase de uso comum, “tratar diferentemente os diferentes”, o que, na prática se traduz em dar mais a quem tem menos, com o fito de buscar um equilíbrio ideal.

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os Determinantes Sociais de Saúde provocam as iniquidades em saúde. Uma abordagem privilegia os aspectos físico-materiais na produção da saúde e da doença, entendendo que a escassez de recursos, juntamente com a ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária decorrente de processos econômicos e decisões políticas, influenciam a saúde das pessoas. Outra abordagem leva em conta os fatores psicossociais, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências das pessoas em sociedades desiguais provocam stress e prejuízos à saúde.

As abordagens que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos proporcionam estudos que identificam o chamado “Capital Social”, ou seja, relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Por outro lado, também mostram que não são as sociedades mais ricas que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (Buss; Pelegrini, 2007).

Níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade com mais saúde e qualidade de vida (Souza; Grundy, 2004).

Subjacente a ideia de uma “sociedade com mais saúde” situa-se o conceito ampliado de saúde, entendendo que para além de doenças, a saúde reproduz relação direta com a dignidade humana, passando a se incluir nessa lógica fatores outros, atrelados a condições e estilos de vida.

Não diferentemente, os conceitos de saúde bucal coletiva, também de forma ampliada, mantêm a necessidade de se conhecer a situação bucal biológica, porém a sua relação de causalidade necessariamente demanda perpassar pela compreensão de aspectos relacionados a estilos de vida, refletindo como a pessoa ou a comunidade, de forma autônoma, cuida de sua saúde bucal, e também as condições econômicas, sociais e geográficas disponíveis para esse “tratar”.

A qualidade de vida relacionada à saúde é uma importante variável dos indicadores clínicos na avaliação da saúde. Isto se torna ainda mais relevante em pacientes infantis e com doenças bucais, que determinam um impacto significativo em sua qualidade de vida. Assim, tornam-se cada vez mais necessários instrumentos que auxiliem o cirurgião-dentista e demais profissionais responsáveis pela atenção em saúde crianças e adolescentes na avaliação não só da presença de agravos em saúde bucal, como também da qualidade de vida desses indivíduos.

Neste sentido, desenvolver ações educativas para escolares pode trazer muitos benefícios para o futuro, conduzindo ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis, valorizando a saúde como um bem do indivíduo, ressaltando também suas responsabilidades nesse sentido (Hilgert, 2001).

Esse formato de educação propõe tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar, aprender a ter consciência crítica e de encontrar as alternativas de resolver seus problemas, dentre eles o de saúde-doença, e não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças (Brasil, 2002b).

Um grande desafio para saúde atual, seria atuar junto à população infantil, levando informações necessárias para o desenvolvimento de hábitos, manutenção da saúde e prevenção de doenças, propondo uma mudança de atitude frente às doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população. O envolvimento dos educadores no processo de formação de hábitos saudáveis e favoráveis, sendo mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene na população (Vasconcelos et al., 2001).

Entendendo que a saúde bucal por muito tempo fundamentou sua prática apenas nos aspectos biológicos e individuais e que a saúde bucal coletiva, refere-se à saúde como um fenômeno social, tal substituição revela uma intenção de alargamento, incluindo, a partir dos pressupostos do campo da Saúde Coletiva, determinantes sociais complexos, até então desconsiderados (Narvai, 2002).

Considerando esta estratégia diferenciada de atenção à saúde bucal, embora seus pressupostos englobem os aspectos biológicos e individuais nessa prática, sua ênfase encontra-se na dimensão sociopolítica do processo saúde-doença bucal (SESC, 2011a).

Nessa perspectiva, o presente estudo pretendeu analisar o quanto a geração de capital social por um programa socioeducativo tem o potencial de impactar a saúde bucal e, conseqüentemente, a qualidade de vida de crianças inseridas em seu contexto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esse capítulo destina-se a revisão da literatura relativa ao pilar central deste trabalho, o conceito de Capital Social. Tendo em vista que seu contexto propõe a análise da contribuição de um Programa Socioeducativo como estratégia para promover o crescimento positivo da sociedade, o autor insere nessa revisão outros conceitos, a educação em saúde e a saúde bucal, indispensáveis para a compreensão dos resultados alcançados.

2.1 Capital Social

Seguindo o conceito de que o processo biológico depende do contexto social, Barradas Barata (2005) afirma que é impossível desvincular o indivíduo da sociedade que está inserido, não podemos ignorar a relação dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Para Buss e Pellegrini (2007), o principal desafio apresentado nos estudos sobre as determinantes sociais e saúde, visam estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde das pessoas, levando em conta que a determinação não é somente uma simples relação direta de causa-efeito. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, ou seja, quais os pontos mais sensíveis onde as intervenções poderão ter maior impacto.

Existem várias abordagens para o estudo dos fatores que provocam iniquidades em saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde), decorrente do processo econômico e decisões políticas. Outro enfoque aborda os “fatores psicossociais”, explorando as relações

entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicológicos e situações de saúde, com base no conceito de que as percepções e experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízo a saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e de grupos, sociais e biológicas, numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (Buss; Pelegrini, 2007).

Nessa perspectiva, há a linha que busca analisar, além da relação da saúde das populações, o grau de desenvolvimento na trama de vínculos entre os indivíduos. Esses estudos identificam o já citado “Capital Social”.

A utilização do conceito de Capital Social em estudos objetivou inicialmente a compreensão de mecanismos pelos quais as desigualdades de renda agem sobre a saúde dos indivíduos. A relação entre privação material e nível de saúde é demonstrada e facilmente aceita, mas o mesmo não ocorre com desigualdade relativa. Partindo da dúvida sobre os possíveis mecanismos mediadores entre as desigualdades de renda e o estado de saúde das populações residentes em países desenvolvidos, vários autores identificaram na falta de investimentos em capital humano e nos efeitos danosos do estresse, componentes importantes nos fatores de causa (Pattussi et al., 2006b).

Segundo Pattussi et al. (2006b), nos últimos anos, o conceito de Capital Social tem sido utilizado na literatura internacional em várias disciplinas como a sociologia, antropologia, educação, economia, ciências políticas e saúde pública. Trata-se de um conceito desafiador, pois incorpora o frequentemente negligenciado “social” com o onipotente “capital”. Capital Social enfatiza o fato de que formas e relações não-monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência.

Os mesmos autores reforçam que sua proeminência recente na área da saúde ocorre simultânea ao momento em que a epidemiologia passa por uma profunda revisão crítica de suas próprias capacidades para capturar fenômenos sociais. A literatura corrente também evidencia que, devido ao fato de o conceito ser entendido e avaliado de diferentes formas, muitas críticas tem sido feitas quanto ao seu uso.

No entanto, um grande e crescente número de pesquisas têm sugerido que capital social favorece a saúde das pessoas. Sociedades com altos níveis de capital social parecem ser mais igualitárias, as pessoas são mais envolvidas na vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor a sua própria saúde.

Embora o conceito de Capital Social esteja em voga nas Ciências Sociais na contemporaneidade, chegando a diversos outros ramos das ciências, como na economia, por exemplo, ou mesmo aos organismos internacionais que fomentam políticas de desenvolvimento no mundo, ele já aparece de forma implícita no século XIX, a partir dos trabalhos de pensadores como Durkheim, Marx, Tocqueville e Simmel (Bastos et al., 2009).

O primeiro entendia que a participação comunitária e a devoção às ações em grupos eram atividades absolutamente necessárias para integração social e a constituição de uma sociedade organicamente integrada. Deduz-se disso a constituição de uma reserva poderosa de capital social, que traria benefícios para o conjunto da sociedade.

Em Marx, percebemos que os trabalhadores passariam de uma condição de meros agregados profissionais para outra de consciência de classe explorada proletária. Assim, haveria uma coesão social que surgiria como elemento resposta para as explorações e as discriminações decorrentes da progressão da industrialização.

O conceito de capital social, para Tocqueville (2001), estava diretamente relacionado à sociedade civil organizada, com cultura cívica e liberdade, elementos chave que também levariam a uma democracia bem-sucedida.

Para Simmel, dada as trocas de informações, os favores interpessoais e o compartilhamento de diferentes tipos de recursos levariam a uma rede de obrigações mútuas e, por consequência, a formação de capital social (Pattussi et al., 2006b).

Na sequência, no século XX, seguiram-se outros trabalhos de cientistas sociais como Pierre Bourdieu e James Coleman, que reconhecem a importância do capital social para compreensão da sociedade. Bourdieu (1980), compreende o capital social como uma propriedade do agente, como relações sociais que permitem aos indivíduos ou aos grupos obterem recursos ou reconhecimento. Contrariamente, Coleman (1988) vê o capital social não como uma característica do indivíduo, mas em sentido funcional, como um conjunto de elementos numa estrutura social que possibilita os atores satisfazerem seus objetivos.

Putnam (2005), considera capital social como práticas sociais, normas e relações de confiança que existem entre as pessoas de uma determinada sociedade, bem como sistemas de participação e de associação que estimulam a

cooperação. Dessa maneira, quanto maior for a capacidade dos cidadãos confiarem uns nos outros, além de seus familiares, e quanto maior for o número de possibilidades associativas numa sociedade, maior será o volume de capital social. A questão central é que a confiança, a cooperação e os espaços de participação social entre o Estado e a Sociedade são elementos positivos e essenciais para o bom funcionamento das instituições.

Antunes (2008), analisou dois paradigmas para mensuração de condições socioeconômicas e seu impacto em saúde, um deles é referenciado por medidas de prestígio e diferenciação positiva entre os estratos sociais, como classificações baseadas em capital social e no acesso a bens e serviços. O outro é compreendido por classificações envolvendo a privação material e diferenciação negativa entre os estratos sociais, e envolve a proposta de reposição aos segmentos populacionais mais afetados pela privação do Estado. O autor concluiu que os dois paradigmas não são excludentes ou redutíveis. Em seu estudo, destaca que o conceito de capital social tem sido criticado, por estar associado ao neoliberalismo, e que justiça social seria propiciada pela reposição de recursos comunitários ou pelo estado para as populações descobertas, em relação ao patamar de desenvolvimento humano e de saúde.

No estudo de Bastos et al. (2009), fica destacado que a conformação histórica e política brasileira são caracterizadas pela importação do Estado hegemônico perante a sociedade, que não possibilita o desenvolvimento de capital social. A influência das instituições verticais ibéricas, diferenciaria a situação da América Latina da norte-americana, onde a sociedade foi organizada por instituições inglesas, de forma horizontal, com laços de solidariedade e confiança.

Labra (2002) ressalta que o capital social e os aspectos culturais a ele vinculados integram as recomendações das agências internacionais de saúde nos governos para incorporar estes conceitos na formulação e implantação de políticas. No debate sobre promoção de saúde, este fato foi marcante, associando capital social ao empoderamento das comunidades e a estratégias participativas.

Segundo Putnam (2005), a bibliografia especializada tem se dividido em duas vertentes para explicar como um governo pode ter seu bom desempenho institucional, melhorando suas relações com a sociedade. Uma delas dá ênfase aos aspectos políticos institucionais do Estado, chamando atenção para o fato de que um bom desempenho de um governo democrático depende da arrumação de suas

partes formais e de que instituições podem moldar suas práticas à medida que estruturam o comportamento, isto é, prepondera o poder e a estratégia de atores políticos.

De outra parte, há uma vertente culturalista que ressalta os aspectos culturais como condicionantes desse desempenho. Para essa vertente, um bom governo depende dos costumes, dos valores de uma sociedade e de suas práticas políticas, especialmente de Capital Social, ou seja, práticas sociais, normas e relações de confiança, que existem entre cidadãos numa determinada sociedade, bem como sistemas de participação e de associação que estimulem a cooperação e condicionam o desempenho destes governos.

O conceito de Capital Social adquire grande importância para se compreender os desafios contemporâneos para a melhora do desempenho do Estado brasileiro em suas diferentes áreas.

Carvalho (2003) ainda cita que a herança histórica e política, que atravessa os períodos imperial e republicano no Brasil, teve sérias implicações no final do século XX, quando as reformas implantadas pela Constituição de 1988 passaram a exigir uma nova dinâmica da sociedade brasileira, ou seja, um controle social sobre a esfera política nunca antes demandado.

Entretanto, não se pode desconhecer que este conceito necessita ser visto com certa cautela, pois poderá ser utilizado na tentativa de substituir, por exemplo, a responsabilidade dos governos em termos de políticas públicas, deixando a organização da sociedade como culpada pelos seus problemas e reduzindo o papel do Estado em termos de enfrentamento de desigualdades sociais. Também o fato de já haver muitos conceitos similares já consolidados, tais como desenvolvimento comunitário, sociedade civil, dentre outros, colocaria o capital social como uma repetição de algo já consumado, ou seja, sem ser algo inovador (Souza e Grundy, 2004). Ao contrário, entende-se que o Estado pode ser um fomentador de capital social.

De acordo com Pattussi et al. (2006b) e Pattussi et al. (2006a) o conceito de capital deriva da sociologia funcionalista que concebe a organização social como um sistema composto por partes articuladas e em cooperação para o alcance de um objetivo. Estas partes correspondem aos extratos sociais que, em sociedades sadias, tem na solidariedade sua forma predominante de relação, e nas sociedades doentes, tem suas relações marcadas por um funcionamento no qual predominam

os conflitos e onde emergem as desigualdades. A interação social entre os cidadãos, a participação ativa na vida associativa e de outras manifestações de organização da sociedade civil, constitui o capital social existente na comunidade e potencializa o bem-estar dos indivíduos. Um aspecto central na teoria do capital social é que ela se baseia nas relações sociais que se estabelecem no interior de grupos ou entre grupos na sociedade.

A utilização do conceito de capital social não deve ser visto como a única solução para os problemas de saúde e não deve ser aplicado indiscriminadamente (Pattussi et al., 2006a).

Segundo Manfredini (2010), capital social é uma corrente das últimas décadas, com forte influência intelectual vinda dos Estados Unidos e Europa. Em seu estudo, fez uma análise nas publicações brasileiras sobre capital social e saúde, concluindo sobre a possibilidade de utilizar este conceito para o campo da saúde pública.

2.2 Educação em saúde

Chaves, 1986, define educação como ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações jovens para adaptá-las a vida social e um trabalho sistematizado, seletivo, orientador, pelo qual nos ajustamos a vida de acordo com as necessidades, ideais e propósitos dominantes, e aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.

Segundo a conceituação de Good¹, 1945 (apud Chaves, 1986), editor do Dicionário de Educação, teríamos duas explicações sobre educação, sendo a primeira um processo pelo qual as pessoas são submetidas a influência de um ambiente selecionado e controlado (especialmente na escola), de tal forma que possam atingir competência social e o melhor desenvolvimento possível.

A segunda aponta para o conjunto de todos os processos através dos quais, a pessoa desenvolve capacidades, atitudes e outras formas de comportamento positivo na sociedade onde vive.

---

¹ Good CV. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill Book Company, 1945. 495p.

Educar origina-se do latim *educare*, que significa conduzir de um estado para outro, modificar numa certa direção o que é susceptível de educação. O ato pedagógico pode então ser definido como uma atividade sistemática de interação entre seres sociais, tanto em nível interpessoal como ambiental, interação essa que se configura em uma ação exercida sobre o sujeito ou grupos de sujeitos, visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação exercida (Bastos; Sales Peres et al.², 2001 apud Pereira, 2003).

Baseando-se na referência do estudo sobre a promoção da saúde no contexto escolar do Ministério da Saúde (MS, 2002), a educação é entendida como um processo de formação integral e não somente como habilitação para uma técnica ou conhecimento científico, não estabelecendo, assim, uma relação hierárquica entre o saber academicamente construído e o saber proveniente da cultura popular, valorizando todas as dimensões de conhecimento e de sua produção.

Compreender a educação como um processo de formação integral implica levar em consideração a totalidade constitutiva dos indivíduos, ou seja, a complexidade de suas dimensões cognitivas, afetivas, corporais e sociais. No cotidiano não são concebidas atividades isoladas que respondam a uma ou outra destas características, mas ao contrário, considera-se a complexidade referida em toda e qualquer atividade realizada pelas crianças.

O trabalho educacional lida com valores, crenças, mitos e as representações que se tem sobre a própria relação do saber-fazer-ser educador e educando. Organizar e estimular situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania e um pressuposto ético, valorizando as ações voltadas para sua promoção, é inerente à escola. São múltiplas as faces do estar saudável ou estar doente, e reconhecida essa complexidade, o educador lidará com as questões de saúde e de doença de maneira diferenciada.

Desenvolver ações educativas em saúde para escolares pode trazer muitos benefícios para o futuro e formação, conduzindo a formação de comportamentos adequados em relação à saúde, valorização da saúde como um bem do indivíduo, ressaltando também suas responsabilidades nesse sentido (Hilgert, 2001).

Segundo Leal (2011), países reconhecidos pela sua competitividade investem na educação para que, no futuro seu diferencial competitivo não esteja apoiado em

---

² Bastos; Sales Peres et al. Planejando ações e promovendo saúde. In: Pereira AC et al. Porto Alegre: Artmed. 2003;117-39.

mão de obra barata. Promover o desenvolvimento sustentável pressupõe voltar esforços para a melhoria da educação.

A melhoria da educação, segundo o mesmo autor, eleva a produtividade da economia e amplia, conseqüentemente, a competitividade externa de um país, fator fundamental no atual contexto de globalização.

A educação é uma prática que está sujeita à organização de uma dada sociedade e deve criar um espaço de intervenção nessa realidade, com objetivo de mudá-la e transformá-la. Em uma comunidade estudantil organizada, as ações educativas de saúde podem influenciar de uma forma saudável a realidade de cada escolar, melhorando o modo de vida, as crenças, os hábitos, cooperando com os estudantes em suas necessidades de saúde e conceituando uma boa qualidade de vida. Essas ações devem ter como princípio a educação como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada.

Esse formato de educação propõe tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar, aprender a ter consciência crítica e de encontrar as alternativas de resolver seus problemas, dentre eles o de saúde-doença, e não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças.

Educadores em saúde e educação têm o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que os escolares e as suas comunidades trazem suas experiências e um saber que deve ser levado em conta. Antes de propor mudanças na maneira de pensar e agir do outro, o educador deve repensar sobre suas próprias práticas, pois só assim provocará mudanças no outro (Brasil, 1997).

Hilgert (2001), diz que a saúde frequentemente tem sido inserida como um dos objetivos gerais da educação, por isso os ensinamentos de saúde são enfatizados desde o nível primário de ensino, fundamentando-se na realidade vivenciada. No início da sua vida escolar, a criança traz consigo a valoração dos comportamentos favoráveis e desfavoráveis à saúde, que são oriundos da família e outros grupos de relação mais direta. Na infância e adolescência, fases decisivas no desenvolvimento de condutas, o ambiente escolar passa a assumir um papel destacado devido a sua função social e sua potencialidade para o desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo. Por isso, deve a escola assumir explicitamente a responsabilidade pela educação em saúde, já que a conformação de atitudes estará fortemente associada a valores que o professor e toda

comunidade escolar, transmitirão inevitavelmente aos alunos durante o convívio escolar.

Cita ainda Hilgert (2001) que os valores que se expressam no ambiente escolar por meio de aspectos concretos como a qualidade da merenda, a existência de equipamentos para a higiene corporal e bucal, condições de higiene das dependências, as atividades propostas e a relação educador-aluno são apreendidas pelas crianças na sua vivência diária. O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida.

Segundo Valadão (2004), a expressão “saúde na escola” é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionados à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam eles de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse campo, a “promoção da saúde na escola” corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que tem como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos membros da comunidade escolar. A escola, da mesma forma que todos os ambientes nos quais transcorre a vida, representa um cenário de promoção da saúde na medida em que as políticas educacionais que nela se concretizam têm implicações sobre o bem-estar individual e coletivo. De fato, das cinco áreas de ações prioritárias para a promoção da saúde, quatro se aplicam diretamente à escola: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes que dêem suporte a saúde, fortalecimento da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. A única exceção diria respeito à reorientação dos serviços de saúde. Assim, a escola de educação fundamental passa a ser valorizada como um cenário privilegiado para a promoção da saúde.

Como um dos desdobramentos do movimento de promoção da saúde em todo mundo, a concepção de Escola Promotora de Saúde tomou forma e ganhou visibilidade como uma proposição integradora das práticas de saúde na escola. Essa formulação, englobando um conjunto articulado de pressupostos, definições e estratégias de ação, passou a ser amplamente disseminada e aplicada com o apoio de organismos internacionais, o que se demonstra na construção de redes de escolas promotoras de saúde em diversos países da América Latina (Valadão, 2004).

De acordo com o parecer do Ministério da Educação, em 1997, a escola pode assumir um papel destacado de educação em saúde, na construção de condutas e hábitos saudáveis, e os valores que o professor e toda comunidade escolar transmitirão inevitavelmente aos alunos durante o convívio escolar estão associados fortemente a essa conformação de atitudes na relação professor-aluno e são apreendidos pelas crianças na sua vivência diária.

No aspecto de práticas educativas para escolares, Valadão, 2004, concluiu que os projetos voltados para saúde na escola, na atualidade, são formulados de forma independente dos projetos pedagógicos, e com tendência a realizar-se de modo descontínuo e pouco abrangente em relação às redes de ensino. A multiplicidade de temas, as ações e projetos buscam refletir uma clara intenção de ampliar a visão e a abordagem da saúde em suas relações com o ambiente e a qualidade de vida. Temas tradicionais da saúde escolar, como educação sanitária, aparecem com relevância menor que os ambientais, e são apenas citados como parte do trabalho realizado.

Segundo Costa e Fuscilla, em 1999, a educação e saúde possuem campos comuns de conhecimentos que poderão fazer com que a sociedade possa compreender melhor a relação entre as condições de vida e trabalho, de saúde e doença. Os profissionais de educação e da saúde devem-se colocar a serviço da sociedade como um todo, construindo o exercício da cidadania, e os deveres e direitos do cidadão, para que ele possa lutar por melhores condições de vida e saúde. Os conhecimentos técnico-científicos de ambas as áreas (saúde e educação) se integram, interrelacionam e articulam, com o propósito de promover transformações na vida dos indivíduos e consequentemente modificar a realidade de uma sociedade se forem absorvidos. Educar para a saúde é uma maneira de provocar nas pessoas, mudanças nos hábitos prejudiciais à saúde, por isso requer envolvimento da comunidade.

Nesse sentido, destacamos o papel da escola, que é uma das instituições basilares da sociedade, e fundamental na realização do processo de educação em saúde dos alunos.

O saber educar em saúde, segundo Volschan (2002), necessita de conhecimentos das práticas preventivas em saúde. Este conhecimento não é inerente à maioria das pessoas e também não é evidenciado nas formações de profissionais que estão envolvidos com a criança na escola. No entanto, essa prática

de prevenção em saúde deve ser utilizada por todos da área (educadores, nutricionistas, equipe de saúde bucal, inspetores sanitários). Tanto os profissionais da área de educação bem como da saúde têm sobre seus ombros a responsabilidade desses conhecimentos.

Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade, a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Portanto, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados pela ciência, pelas tradições culturais e universais.

Esta metodologia de trabalho educativo propõe um espaço horizontal e democrático, que se realiza nas rodas de conversa, onde todos, crianças e adultos, aprendem a ouvir, argumentar, compreender e respeitar diferenças.

Criar momentos de debates sobre fatores desfavoráveis à saúde presentes nas realidades dos espaços educativos, mobilizando projetos, ações, com relação à saúde individual e coletiva, considerando a saúde sob seus diferentes aspectos, é possível quando se favorece o desencadear do desejo de conhecer e utilizar os recursos da própria localidade voltados para a promoção da saúde e para atenção à doença. Uma rede de apoio, nas mais diferentes formas e instâncias, é fundamental para essa promoção.

Segundo Pellicioni e Torres (1999), o ambiente escolar é realmente um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, em saúde coletiva, e propício para incentivar os hábitos de higiene bucal.

No ensino fundamental, torna-se oportuna a apresentação de informações em saúde bucal, pois possui potencial para influenciar o comportamento em saúde das crianças. Outro fator de destaque, no ambiente escolar, o professor, por permanecer por longo tempo com as crianças, pode também influenciá-las neste estágio da vida em que seus hábitos estão sendo consolidados (Al-Tamini; Petersen, 1998).

Acredita-se que por meio da Educação em saúde seja possível mudar hábitos e comportamentos dos escolares, porém não basta só educar as crianças se os dirigentes e os responsáveis (pais e professores) não possuem informações adequadas e constantes atualizações sobre o assunto (Fraga, 1999).

Segundo Vasconcelos (2001), a avaliação e a participação dos educadores preparados e comprometidos nesse processo de formação em saúde bucal na escola é muito favorável, e se apresenta como uma esperança e mais um caminho a

ser utilizado para que se possa alcançar melhora nos índices de saúde e de higiene bucal na população.

Sheiham, em 2001, cita que os profissionais da educação e da saúde, necessitam de mudanças, tem dever ético de adotar um novo comportamento, voltado para prevenção. A compreensão e adoção dos princípios da saúde bucal direcionados à prevenção, devem ser considerados tão essenciais quanto o conhecimento dos princípios clínicos básicos.

Um grande desafio da Odontologia atual é atuar junto à população infantil, levando informações necessárias para o desenvolvimento de hábitos para a manutenção da saúde e prevenção de doenças bucais, propondo uma mudança de atitude frente às doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população. O envolvimento dos educadores no processo de formação de hábitos saudáveis e favoráveis, pode ser mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene na população (Vasconcelos, 2001).

A saúde no sentido mais abrangente é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Faz-se necessário desenvolver nos estudantes em idade escolar e na comunidade, consciência crítica a respeito das causas dos problemas e, ao mesmo tempo, ensinar a criar condições para atuar no sentido de mudanças. A promoção de saúde na escola implica na participação dos profissionais da educação e da saúde e também da população como transformadores destas realidades (Bourget, 2005).

Em 2002, segundo Valadão (2004), um levantamento junto aos Secretários de Educação de todo o Brasil mostrou que muitos projetos vinham sendo implantados em todos os sistemas estaduais de ensino, incluindo temas sociais no currículo escolar, sem serem formalizados com a concepção de Escola Promotora de Saúde. Esse mesmo autor observou que tais projetos ainda se realizavam de forma descontínua e pouco abrangente, em relação às redes de ensino, não sendo eficientes para gerar efeitos de mudanças comportamentais.

Em nível nacional, mesmo com debates acadêmicos e com participações da sociedade civil, e ao lado de inúmeras experiências, tanto nas instituições de educação, bem como da prestação dos serviços de saúde, ainda não foi possível levar a conformação de novas políticas estratégicas para inserção da questão saúde nos sistemas de ensino. A saúde na escola brasileira contempla hoje, segundo

Valadão (2004), uma mescla de antigas e novas ideias e práticas. O cenário do estudo, portanto, é um cenário no qual os princípios, leis, conceitos e práticas têm relação direta com a promoção da saúde. Mas, no âmbito da escola se perpassam, conflitam, superpõem e raramente se comunicam ou articulam.

Uma síntese das propostas de renovação da saúde na escola apresentada nos documentos da OPS (Organização Panamericana de Saúde) e da OMS (Organização Mundial da Saúde), com base na visão de promoção da saúde, permite indicar um conjunto de elementos que caracterizam a escola que promove saúde:

- a) Compreende e aplica um conceito de saúde apoiado na interação dos determinantes físicos, psíquicos, sócio-culturais e ambientais;
- b) Atua no desenvolvimento de uma visão crítica da saúde por parte de alunos, professores e toda a comunidade escolar;
- c) Promove um ambiente saudável e que favorece a aprendizagem, tanto nas salas de aula como nas áreas destinadas ao recreio, nos espaços em que se prepara e é servida a merenda, nos banheiros e em todo o prédio escolar;
- d) Valoriza a promoção da saúde para todos os que estudam e trabalham na escola;
- e) Reforça o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida e oferece opções viáveis e atraentes para a prática de ações que promovem saúde;
- f) Favorece a participação ativa dos alunos e dos educadores na elaboração do projeto de educação em saúde, buscando estabelecer interrelações com o projeto político pedagógico (Brasil, 2002b).

Ampliando a dimensão social e coletiva da educação em saúde, o caminho da educação popular em saúde, fundado nas ideias de Paulo Freire, 1980, tem como eixo central à conscientização da cidadania, tomando em conta que a potencialidade maior de intervenção da escola na saúde da população estaria precisamente no trabalho de conscientização dos indivíduos quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, possibilitando a ruptura do papel histórico da educação como legitimadora das injustiças e desigualdades sociais. A participação da luta pelo direito a saúde é compreendida como tarefa política articulada ao cotidiano pedagógico da escola.

As ações educativas têm por objetivo principal desenvolver habilidades pessoais e o reforço comunitário (*empowerment*), que apesar de diferentes, se apresentam de tal forma complementar que, para alguns autores, na prática, seria impossível determinar limites precisos entre eles.

Embora o termo “empowerment” possua múltiplos significados (Carvalho, 2003), é sempre em torno de duas dimensões que se dão as variações de seus sentidos – a individual e a coletiva, sendo a primeira voltada para o desenvolvimento da autoconfiança e autoestima e a segunda, para a participação ativa dos cidadãos na ação política.

Com a intenção de garantir o desenvolvimento dessas ações, a Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986) define três estratégias denominadas: Defesa da Saúde ou *Advocacy*; Mediação e Capacitação. A Defesa da Saúde procura fortalecer os indivíduos a assumirem o papel de sujeitos de suas próprias histórias. A Mediação, por sua vez, aponta para a necessidade de envolvimento de outros setores, partindo da premissa de que saúde não se faz de forma isolada. A Capacitação, centrada fundamentalmente no conceito da autonomia e no reforço da ação comunitária, incentiva uma prática de coparticipação dos indivíduos e da comunidade para o alcance de melhores condições de saúde.

Nesse sentido, as ações de capacitação, para muito além de informar, procuram estimular a reflexão e a troca de saberes que, ao ampliar as possibilidades de transformar partícipes em sujeitos, estreita a interface entre o indivíduo e o coletivo (Brasil, 2002b).

Os ambientes escolares são considerados, estruturas apropriadas para promoção da saúde da criança, desde que a escola possa fornecer um ambiente favorável para melhorar saúde, auto-estima, comportamentos e hábitos de vida (Nutbeam ³, 1997apud Moysés, 2003).

Segundo Moysés (2003), no estudo realizado em escolas de Curitiba, concluiu-se que crianças em escolas suportivas, inseridas em um contexto onde são desenvolvidas atividades para a promoção da saúde, têm melhor saúde bucal do que crianças em escolas não suportivas. Quanto mais abrangente o currículo da escola, maior a possibilidade da criança ficar livre de cárie e ter menos trauma dental.

---

³ Nutbeam D. Promoting health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. *Journal of Adolescent Health*. 1997; 20:396-402.

Neste estudo, a autora (Moysés, 2003) classificou as escolas segundo os níveis de suporte, onde foram definidos componentes relacionados a diferentes dimensões de atividades de promoção para saúde. Resumindo os valores obtidos para cada componente, foi construído um escore para expressar o suporte das escolas para promoção da saúde.

Para cada escola foi atribuído um valor, usando o coeficiente do escore para cada componente descrito. O escore final foi obtido pelo resumo dos valores dos componentes, descritos pelo nível de suporte para promoção da saúde. Agrupando as escolas pelo nível de suporte, um total de 13 escolas (39%) foram classificadas como suportivas e 20 escolas (60.6%) foram classificadas como não suportivas.

A autora cita que o desenvolvimento de atividades no currículo formal, devem ser reforçadas por vários outros elementos que envolvem uma escola promotora de saúde.

Assim como outros aspectos relacionados com a saúde da criança, a saúde bucal é determinada pela variedade de atividades associadas com relacionamentos, auto-estima e oportunidade de fazer decisões saudáveis. Tudo isso faz parte do conceito de escola promotora de saúde.

2.3. Saúde Bucal

Segundo Petersen (2003), apesar de avanços relacionados à saúde bucal nas últimas décadas, um grande número de pessoas em todo mundo, especialmente os mais pobres, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e doença periodontal.

Durante a infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre as outras que não regredem espontaneamente nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo (Vargas et al.,1998).

No Brasil a cárie dentária acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, sendo que este percentual chega a 59,4% aos cinco anos de idade. Entre as crianças de 12 anos de idade, 70% possuem pelo menos um dente permanente cariado e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 90% apresentam a doença (Brasil, 2004). Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças

incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e diminuição do rendimento escolar (Filstrup et al., 2003).

A cárie dentária é uma doença crônica resultante da dissolução mineral do tecido dentário proveniente da produção de ácidos desenvolvidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta. Apesar da etiologia da cárie ser conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros (Horowitz, 1998).

Outros problemas bucais, como os transtornos associados à erupção dentária, traumatismos dentários, as patologias dos tecidos moles da boca, as oclusopatias, as fissuras labiopalatais e a fluorose dentária afetam crianças com frequência variável. Entretanto, existe pouca informação a respeito das suas possíveis consequências funcionais, emocionais e sociais (Cortes et al., 2002; Oliveira; Sheiham, 2004; Marques et al., 2006).

É importante ressaltar que os indicadores clínicos tradicionais CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente), índice de placa dentre outros, são capazes de avaliar a patologia, mas são limitados quando se pretende avaliar os efeitos da doença, principalmente quando se trata do indivíduo em desenvolvimento. Desse modo, a avaliação da qualidade de vida destes pacientes infantis, tem recebido destaque por ser um mecanismo auxiliar na mensuração da saúde do paciente (Pinto, 2000).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (Brasil, 2011a), concluída em dezembro deste mesmo ano pelo Ministério da Saúde, mesmo apresentando melhoras em relação ao Levantamento Nacional de 2003 (MS 2003), apontou que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003, diminuindo para 56% em 2010. O declínio de 13 pontos percentuais corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atingidos por cárie também diminuiu nas crianças, era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010, uma redução de 25%.

Esta Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (conhecida como SB Brasil 2010), analisou a situação da população brasileira com relação a cárie dentária, as doenças

de gengiva, necessidades de próteses dentais, condições de oclusão (mordida) e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao governo federal e municipal, informações para o planejamento de programas preventivos e de assistência no setor.

A cárie dentária normalmente é avaliada em estudos epidemiológicos a partir do índice CPO (sigla para “Cariados, Perdidos e Obturados”, na dentição permanente), composto pela soma de dentes afetados pela cárie, estejam eles ainda cariados, obturados ou extraídos. O CPO é sempre referido em relação à idade e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, referindo-se ao ataque de cárie no começo da dentição permanente.

No Brasil, o primeiro Levantamento Nacional, realizado em 16 capitais em 1986, mostrou um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente 7 dentes afetados, sendo a maioria destes ainda sem tratamento (Brasil, 1988).

Em 2003, foi realizado um levantamento incluindo as 27 capitais e municípios do interior das 5 regiões, conhecida como SB 2003 (Brasil, 2004). Naquele estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,8. No SB 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,1, correspondendo à mencionada redução de 25% em 7 anos. Considerando-se o componente do CPO, relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de 29% (de 1,7 para 1,2).

Maltz e Silva, em 2001, estudaram escolares brasileiros, de 12 anos de idade, de redes particulares e públicas para determinar a relação entre cárie, gengivite, fluorose e nível socioeconômico. Observaram que os alunos da rede escolar pública apresentavam uma maior prevalência de doença cárie, sangramento gengival e uma menor frequência de fluorose dentária.

Em termos internacionais, o último estudo sobre a prevalência da doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o CPOD médio mundial aos 12 anos (dados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e na Europa em 1,6. As regiões responsáveis pela alta média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios altos, geralmente explicados pelo alto consumo de açúcares.

Comparando o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO aos 12 anos

semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7).

No estudo de Biazevic et al. (2008), somando à prevalência das doenças bucais, a influência física e psicológica das circunstâncias agravantes nas vidas dos indivíduos, devem ser considerados, levando em consideração seu estilo de vida, possibilidade de se expressar, capacidade de mastigar e inserção social.

Batchelor, Sgan-Cohen e Sheiham (1990) afirmam que cárie é um problema de saúde pública e este problema é sociopolítico em caráter. Só pode ser alcançado um duradouro e adequado controle da cárie dentária com políticas sociais de largo espectro, sob pena de se perder qualquer melhora circunstancial obtida com rígido controle programático preventivo. A crítica à ênfase em estilo de vida individual como uma causa e solução aos problemas de saúde, é particularmente pertinente à odontologia, tendo em vista que muitos formuladores de políticas para saúde bucal culpam as pessoas pelas doenças que elas desenvolvem. Muitas vezes são necessárias, previamente, mudanças socioeconômicas mais profundas para a mudança destes estilos de vida ou comportamentos individuais.

Segundo Moysés (2000), o argumento que, desigualdade em saúde reflete privação material, política ou cultural é uma posição sociológica. Declara que saúde é um produto de forças sociais. Saúde é assumida como sendo uma propriedade do ambiente social e de relação deste indivíduo com este ambiente. Argumentos desta abordagem seriam, por exemplo, que saúde bucal é influenciada claramente através de condições de qualidade de vida. Somando-se todas as evidências que progressivamente se acumulam em epidemiologia oral, parece pertinente afirmar que os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior – embora distantes em termos de mecanismos causais sequenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade”.

Considerando que o marco teórico da odontologia fundamenta sua prática apenas nos aspectos biológicos e individuais e que a saúde bucal coletiva, refere-se à saúde como um fenômeno social, tal substituição revela uma intenção de alargamento, incluindo, a partir dos pressupostos do campo da Saúde Coletiva, determinantes sociais complexos, até então desconsiderados (Narvai, 2002).

Segundo o Módulo Político de Assistência Odontológica do SESC (2011a), esta estratégia diferenciada de atenção à saúde bucal, embora seus pressupostos englobem os aspectos biológicos e individuais dessa prática, sua ênfase encontra-se na dimensão sociopolítica do processo saúde-doença bucal.

Este destaque pressupõe a adoção de um sentido ampliado de saúde que, voltado para o campo da qualidade de vida e do bem-estar, condiciona o alcance desse estado ao atendimento de um conjunto de necessidades básicas (moradia, alimentação, transporte, educação, renda, saneamento básico, trabalho, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais) sem os quais, mesmo na ausência de doenças, tornar-se-ia impossível viver de forma saudável.

Subjacente a esse conceito existe o reconhecimento claro da forte implicação dos determinantes do processo saúde-doença com o poder público e com outros campos do saber que não a saúde.

A ênfase nos determinantes sociais sugerida pela Saúde Bucal Coletiva apoia-se, fundamentalmente, na construção de um processo educativo participativo e transformador da realidade, que, para além da observância de estilos saudáveis de vida, considere a necessidade urgente de promover e estimular a elaboração de políticas públicas saudáveis, capazes de intervir positivamente no contexto socioeconômico da clientela atendida.

Caso contrário, correr-se-ia o risco de cair num fenômeno conhecido como “culpabilização da vítima” (Valla, 1998), em que a justificativa para o não cumprimento das orientações, embora intimamente relacionada à falta de investimentos na infraestrutura dos serviços públicos básicos, recairia sobre a população, responsabilizando-a por suas necessidades sempre crescentes.

Romper essa lógica exige a participação efetiva da clientela, ora como objeto da prática, ora como sujeito. Essa ambivalência remete às transformações individuais e coletivas pretendidas pela Educação e referidas aos campos da Promoção da Saúde, quais sejam: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Segundo Biato (2005), lutar por políticas públicas saudáveis e reforçar a ação comunitária se constituíram no núcleo dessa estratégia, sendo as ações de educação para a saúde um elemento fundamental para seu desenvolvimento.

2.3.1 Qualidade de Vida

Nos últimos anos a medicina tem visto aumentar o uso dos termos de qualidade de vida, principalmente quando relacionada a condições de saúde (Locker; Allen, 2007).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, principalmente quando pautada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial (Minayo et al., 2000).

Podemos entender que qualidade de vida engloba uma variedade de condições do indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, sem ser o fator determinante. A qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com seu processo de vida (Seidl; Zannon, 2004).

A avaliação da qualidade de vida é subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, porém quantificável. Dois fatores têm contribuído para o impacto da dor na qualidade de vida: o aumento da frequência de dor e as pesquisas para seu tratamento, como também o aumento da teoria que dor afeta o indivíduo como um todo (Niv; Kreitler, 2001).

A OMS realizou um estudo multicêntrico para elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural. A qualidade de vida foi então definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Santos et al., 2005).

A opção do melhor instrumento para avaliar a qualidade de vida requer atenção, devem ter linguagem acessível e ser breves. Podem ser aplicados em forma de entrevista, ou de maneira autoadministrável, ambas as formas podem ter resultados diferentes. A entrevista deve ser aplicada sob condições padronizadas para evitar alteração nos resultados (Miller et al., 2005).

A avaliação da qualidade de vida é complexa pela sua subjetividade e multidimensionalidade, por isso, é necessária a utilização de instrumentos válidos e confiáveis.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é multidimensional. Historicamente a saúde bucal vem sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (Locker et al., 2002). A necessidade de se determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (Jokovic et al., 2002).

Na Odontologia também ocorreu uma proliferação de instrumentos com a intenção de relacionar a qualidade de vida com a saúde bucal. A primeira definição para saúde bucal tinha como entendimento o funcionamento da cavidade oral com a pessoa como um todo e com sintomas subjetivos como dor e desconforto. A definição atual feita pelo mesmo autor era mais específica e abrangente, quando falamos de saúde bucal. O foco não é a cavidade propriamente dita, mas o indivíduo e nas disfunções orais, doenças, condições de tratar a saúde, bem-estar e qualidade de vida. Relacionada à saúde bucal, qualidade de vida foi definida como um termo relativamente simples: a extensão de qual disfunção afeta o funcionamento, o bem-estar, os sintomas e o impacto funcional e psicológico que emana de doenças e disfunções afetam a qualidade de vida (Locker; Allen, 2007).

Qualidade de vida se tornou um conceito conhecido e tem sido estudada em vários campos. Um grande número de instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem sido construído (Van Wijk et al., 2009).

Índices de qualidade de vida relacionados à saúde bucal em crianças permaneceram por mais tempo desconhecidos, sendo objeto de estudo de instrumentos desenvolvidos mais recentemente (Jokovic et al., 2002, 2004; Gherunpong et al., 2004; Broder et al., 2007; Pahel et al., 2007).

Autores tem adaptado e aplicado instrumentos desenvolvidos para adultos em crianças e adolescentes. No entanto, há um esforço para o desenvolvimento de índices específicos para as necessidades desta população mais jovem. Uma das medidas desenvolvidas especificamente para criança é o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil). Este índice foi desenvolvido na Inglaterra e validado na Tailândia e mais recentemente em outros países, como o Brasil e suas propriedades psicométricas têm sido pesquisadas em vários países de diferentes culturas e linguagens.

Este índice tem aplicação em saúde pública para a pesquisa das necessidades de saúde bucal e pode ser um indicador de avaliação de seus programas.

Em estudo realizado no Brasil para pesquisar a viabilidade e validar este índice, participaram 342 crianças em diferentes escolas públicas, sendo duas no Rio de Janeiro e duas em Belo Horizonte, com idade entre 11 e 14 anos (Castro et al., 2008). Do total de crianças que foram convidadas, 63,3% participaram da pesquisa, onde 50,3% eram do sexo feminino e 49,7% do sexo masculino.

A prevalência de impactos observada no Brasil (80,7%) pode ser comparada com outros países em que o índice foi adaptado e aplicado, tais como: Tailândia (89,8%), França (73,2%), Peru (82%), (Gherunpong S et al., 2004; Tsakos G et al., 2005; Bernabé E et al., 2007). No entanto, foi maior que na Inglaterra (40,4%) e Tanzânia (28,6%), (Yusuf H et al., 2006; Mtaya M et al., 2007).

O impacto com maior frequência foi ao comer, na alimentação, onde 59,4% relataram incômodo, seguido da alteração do estado emocional, com 33,6%, higiene bucal 33,3% e ao sorrir, com 21,3%, enquanto o menor impacto foi durante os estudos, com 6,7% (Castro et al., 2008).

Em relação aos impactos odontológicos mais prevalentes, durante a alimentação e no estado emocional, foram os mais afetados no Brasil, enquanto na França e Inglaterra, durante a higiene bucal foi a segunda maior queixa. Durante a alimentação foi o momento em que houve maior impacto em todos os estudos que utilizaram o OIDP-Infantil. Levando em consideração os problemas bucais percebidos, dentes sensíveis e alteração de cor foram as queixas mais comuns relatadas pelas crianças brasileiras, enquanto na França foram a posição do dente e feridas.

O mesmo estudo concluiu que este índice pode ser aplicado em crianças brasileiras para avaliar a saúde bucal relacionada com a qualidade de vida.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo geral

O presente trabalho teve como objetivo analisar o quanto a geração de capital social por um Programa Socioeducativo do Serviço Social do Comércio (SESC), no Estado de São Paulo teve o potencial de impactar a saúde bucal e, consequentemente, a qualidade de vida de crianças inseridas em seu contexto.

3.2 Objetivos específicos

1. Analisar a qualidade de vida das crianças inseridas no Programa Socioeducativo do SESC, por meio da autopercepção da saúde bucal obtida pelo Instrumento (OIDP-Infantil), no geral e para cada Unidade Operacional do SESC;
2. Verificar as atitudes e o nível de conhecimento em saúde bucal dos educadores que acompanham as atividades no geral e para cada Unidade operacional do SESC;
3. Verificar a associação entre capital social e qualidade de vida.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 População de estudo

A população de referência foi de crianças e educadores que participam do programa socioeducativo, atualmente desenvolvido em 23 Unidades operacionais do SESC, no Estado de São Paulo, denominado “Programa SESC Curumim”.

O critério para escolha das Unidades participarem do estudo partiu da localização na grande São Paulo ou nas proximidades da capital.

Destas 11 Unidades participantes, foram convidados todos os educadores vinculados ao programa, além das crianças matriculadas.

O número total de crianças convidadas foi de 1.200, com idade variando entre 7 a 12 anos que frequentam o programa, nas Unidades operacionais do SESC, no estado de São Paulo, 2011.

A população de referência para os educadores, foi composta por uma amostra inicialmente de 62 educadores, responsáveis pela orientação das atividades realizadas no Programa, nas mesmas unidades operacionais em que a pesquisa foi aplicada nas crianças.

UNIDADES	EDUCADORES	CRIANÇAS
Belenzinho	6	150
Carmo	5	75
Consolação	5	80
Interlagos	7	150
Ipiranga	4	80
Pompéia	7	140
Santana	4	80
Santo André	7	150
Santos	7	140
São José dos Campos	5	80
Taubaté	5	75
Total	62	1.200

Quadro 4.1 – Relação de Unidades Operacionais, segundo o número de educadores e crianças

4.2 Perfil da instituição

O SESC é uma Instituição de caráter privado de âmbito nacional, criada em 1946 por iniciativa do empresariado do comércio e serviços, que a mantém e administra. Segundo as Diretrizes Gerais de Ação do SESC (2010), um de seus princípios basilares é a promoção do bem-estar social, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador do comércio e serviços e seus dependentes, bem como da comunidade em geral, estando fundamentado em seu conceito, o desenvolvimento de atividades nas áreas de saúde, lazer, atividades esportivas e culturais.

Considerando que a clientela específica do SESC seja o comerciário e sua família, caracterizando-se um público com emprego e renda, uma parcela majoritária desta clientela tem renda baixa.

Por outro lado, há de considerar a heterogeneidade de situações e de recursos da clientela a ser atendida. O crescimento econômico, ocorrido no país permite que parcelas consideráveis da mão de obra assalariada tenham capacidade de suprir às suas necessidades básicas com seus próprios recursos. No setor do SESC há contingentes significativos de trabalhadores nessas condições. Para esses, o horizonte de carências se desloca para cima, com base nas novas expectativas e necessidades.

Demandas por mais tempo livre, por espaços e atividades de lazer e cultura tendem a predominar nestes grupos, gerando inclusive a aspiração por essas conquistas nas camadas da população de baixo nível de renda e escolaridade. Esse fato exige a reformulação de antigos parâmetros que relacionavam a reivindicação por atividades culturais e de lazer a níveis sociais e econômicos mais elevados.

Cabe salientar, que o campo da produção cultural é um daqueles em que se investe de forma decisiva com intuito de gerar mais possibilidades e esperanças de construir um país melhor para todos.

No campo da cultura, a ação social pode ir além da atenção ao indivíduo, às suas necessidades e ao aperfeiçoamento pessoal e contribuir, mais amplamente, para a transformação da sociedade.

Levando em consideração sua origem, seus princípios e onde atua, o SESC reafirma as finalidades que lhe deram origem, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores do comércio e serviços e seus dependentes,

como também para o desenvolvimento econômico e social, participando do esforço coletivo para assegurar melhores condições de vida para todos.

Desde o início das atividades no campo da saúde, concentrou sua ação programática em um conjunto de práticas em nutrição, saúde bucal, medicina de apoio e difusão de conhecimentos que contribuem para o desenvolvimento de hábitos voltados para promoção da saúde.

Considerando que tanto a capacidade de atendimento instalada, quanto os recursos da Entidade são insuficientes para atender a magnitude dos problemas existentes nestas áreas, não obstante o esforço em concentrar recursos nas ações de caráter curativo, com qualidade, principalmente em odontologia, as ações de caráter educativo no campo da saúde, foram eleitas como atividades prioritárias para contribuir na qualidade de vida da população atendida.

Neste sentido, a Odontologia no SESC caminha para atender a demanda do comerciário, tanto no atendimento clínico odontológico, como também em ações educativas com diversos públicos, em todas as faixas etárias, com a proposta de melhorar a qualidade de vida e, no caso das crianças, o crescimento dentro de uma perspectiva saudável.

No que se refere especificamente ao atendimento do público infantil, a preocupação não se limita às atividades culturais, lazer ou até de saúde, mas também, concentra esforços na promoção do desenvolvimento infantil, com uma proposta mais ampla.

Como exemplo, dentro desta proposta ampliada, o Programa SESC Curumim, tem a finalidade de promover o desenvolvimento integral da criança, suprimindo as lacunas deixadas pela escola e pela família, discutindo o peso das desigualdades sociais no acesso à produção e utilização dos bens culturais, no sentido da formação de cidadãos conscientes e participativos da vida em sociedade, num contexto de mudança fortemente marcado por novos valores e pelo impacto das transformações tecnológicas.

Neste contexto, visa contribuir no processo de socialização da criança, exercitando-a no convívio social, na percepção de sua individualidade, e na compreensão gradativa dos processos básicos da vida em grupo e em sociedade.

São atendidas prioritariamente as crianças dependentes de comerciários de baixa renda, na faixa etária entre 7 e 12 anos, e eventualmente outras crianças de baixa renda, na mesma faixa etária.

4.2.1 Programa SESC Curumim

Segundo o PIDI - Programa Integral de Desenvolvimento Infantil (SESC, 1986), o Curumim é um programa socioeducativo que completou, vinte e cinco anos de atividade, com participação gratuita, desenvolvido paralelamente com a vida escolar que visa o desenvolvimento integral por meio de atividades lúdico pedagógicas que valorizam a afetividade, a cooperação, a autonomia, e as relações sociais integradas ao conhecimento.

As crianças matriculadas no programa participam de atividades nas áreas de artes visuais, artes cênicas, literatura, meio ambiente, físico esportivas, entre outras, indispensáveis ao desenvolvimento infantil, de maneira dinâmica e cooperativa, valorizando a livre expressão e a vivência de experiências de participação e cidadania, sendo uma das ações centrais voltadas para a infância, no SESC.

Quanto ao tempo de participação, não existe uma regra, podendo a criança participar por vários anos, desde que respeite a faixa etária e a limitação no número de participantes da unidade.

A frequência de participação, varia de 2 a 5 dias na semana, conforme a proposta da Unidade, mas mantendo somente um período, da manhã ou tarde, complementando o horário escolar.

Com relação ao desenvolvimento de atividades educativas em saúde, não existe, ainda, um compromisso formal na abordagem desta temática, mas é importante salientar que toda proposta explorada nas diversas expressões, tem como objetivo o desenvolvimento saudável desta criança, por meio do estímulo de práticas que viabilizem posturas saudáveis.

Como exemplo, podemos ressaltar esta preocupação, com a parceria entre as clínicas odontológicas e o setor de alimentação nas Unidades, no que se refere a implantação de práticas de alimentação e higiene bucal adequadas, com o intuito de propiciar um desenvolvimento mais saudável para as crianças vinculadas ao programa.

No que se refere à equipe de trabalho, atualmente o programa conta com cerca de 100 educadores, em todo o Estado, que trabalham diretamente, sendo cada educador, responsável por aproximadamente 25 crianças.

Uma das características da formação das equipes de trabalho é levar em consideração a multidisciplinaridade de formação, contando com nível superior, em áreas como educação física, música, artes plásticas, garantindo, assim, uma visão multifacetada e enriquecida dos processos de produção de conhecimento.

Em estudo recente realizado pela Instituição, estão inscritas 2.572 crianças, nas 23 Unidades operacionais do SESC no Estado de São Paulo que disponibilizam o programa, contando com uma taxa de resposta ao levantamento de 66% (SESC, 2011b).

No mesmo levantamento foram observados alguns dados demográficos como: 45% das crianças têm 9 ou 10 anos de idade; 54% das crianças são do gênero masculino e 46% do gênero feminino; 66% das crianças matriculadas são brancas e ainda, 99% das crianças frequentam a escola, sendo que 77% frequentam escola pública.

Com relação à renda familiar das crianças participantes no programa, 41% das crianças têm renda de até R\$ 1.530,00, sendo que 5% das famílias têm renda abaixo de R\$ 510,00; 17% das famílias possuem renda superior a R\$ 3.061,00; 36% das crianças têm renda familiar acima de R\$ 2.041,00, ou seja, acima do rendimento médio mensal dos domicílios particulares permanentes no Brasil em 2009, de R\$ 2.099,00 (Brasil, 2011b).

As Unidades operacionais da capital que concentram as famílias com renda mais baixa, de até um salário mínimo, são Interlagos (19%), Carmo (14%) e Santo André (13%), contra 5% do conjunto das crianças pesquisadas.

Comparando a renda e escola que frequentam, o percentual de crianças que estudam em escolas públicas, aumenta nas famílias com renda mais baixa, chegando a 94% na faixa de renda familiar até R\$ 1.020,00; já o percentual de crianças que estudam em escolas particulares e sem bolsa cresce conforme aumenta a renda familiar, chegando a 49% nas famílias com renda de R\$ 4.081,00 ou mais.

Considerando a motivação para inscrição no programa, 67% dos respondentes da pesquisa, inscreveram as crianças para conviver com outras crianças (sociabilidade); 47% para participar de atividades físicas (desenvolvimento físico) e 31% para não ficar o dia todo em frente à televisão, do computador ou internet.

Com relação à satisfação quanto ao programa, 97% dos respondentes estão muito satisfeitos (70%) ou satisfeitos (27%).

Segundo a conveniência para os responsáveis pelas crianças, a partir das hipóteses de Barra (2001), dos vários tipos de atendimentos que os SESC oferece aos seus beneficiários e de aspectos extraídos no PIDI, as duas motivações mais citadas na pesquisa, relacionam-se aos benefícios lúdicos e/ou pedagógicos do programa para as crianças participantes, com a seguinte distribuição: 67% dos respondentes indicaram a motivação – conviver com outras crianças/ sociabilidade e em seguida, participar de atividades físicas/ desenvolvimento físico, com 47% indicações.

Embora o atendimento odontológico também seja relatado como um dos motivos de conveniência, na grande maioria das Unidades são realizadas somente ações educativas, em parceria com o setor de odontologia.

4.3 Coleta de dados

Inicialmente foi encaminhado aos pais destas crianças, um formulário com orientações sobre a pesquisa e solicitando, caso concordasse com a participação, o preenchimento dos dados e assinatura pelo responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), orientado pela Comissão de Ética em Pesquisa da USP.

A partir do encaminhamento dos formulários com orientações e o TCLE, foi agendado com as Unidades uma data para a aplicação da pesquisa.

O instrumento para realização da pesquisa, trata-se de um questionário estruturado validado cientificamente e adaptado para o Brasil, denominado: índice de impacto odontológico, apropriado para o público infantil (OIDP-Infantil), com questões relacionadas ao impacto odontológico na qualidade de vida.

No dia agendado para a aplicação, em cada Unidade operacional, inicialmente o pesquisador realizou uma reunião com o grupo de educadores e após repassar todas as informações e tirar as dúvidas, foi entregue os questionários para o preenchimento pelos mesmos.

No questionário aplicado aos educadores, foram elencadas algumas questões relacionadas com o processo educativo e as práticas instituídas pelo grupo, considerando-se a saúde bucal.

Com a autorização para o procedimento, foi orientado o preenchimento dos dados para identificação e na sequência, aplicado o questionário OIDP-Infantil, em pequenos grupos de até 10 crianças.

O próprio autor da pesquisa aplicou os questionários, com objetivo de garantir a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios para as condições estudadas.

As questões utilizadas abordam aspectos relacionados ao cotidiano, buscando identificar se alguma prática, tal como, a alimentação, a fala, a higiene bucal, o ato de sorrir, a frequência na escola e o lazer, frente a algum problema na saúde bucal, geraram algum impacto.

A digitação, apuração, tabulação e análise dos dados foram realizadas por um programa específico (Stata 10.0) para este tipo de levantamento, utilizado para montagem do banco de dados e a entrada das informações.

4.4 Considerações Éticas

A presente pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96.

O estudo foi aprovado pela Direção da Instituição (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Parecer de aprovação – protocolo 02/11 - CAAE 005.0.017.000-11 (Anexo A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, foi preenchido pelo responsável pela criança participante, como também pelos educadores (Apêndice B).

Para os educadores foi aplicado um questionário (Apêndice D), com questões relacionadas ao conhecimento sobre saúde bucal.

Para as crianças, foi aplicado questionário (Apêndice C), com questões sobre o impacto odontológico na qualidade de vida .

As entrevistas foram realizadas nas Unidades em que as crianças e os educadores estão vinculados. Os sujeitos da pesquisa foram informados dos objetivos do estudo e da importância da produção deste conhecimento, apesar de não auferirem benefícios individuais. Foram igualmente informados de sua absoluta liberdade de escolha quanto à participação, ausência de consequências no caso de recusa e possibilidade de retirar posteriormente o consentimento já assinado.

Os Termos de Consentimento constaram de (02) duas vias, uma que foi arquivada como parte da documentação do estudo, a outra que foi entregue ao entrevistado, que disporá, portanto, do telefone para contato dos responsáveis pela pesquisa. Sob hipótese alguma, as informações coletadas durante a pesquisa foram divulgadas com discriminação individual.

4.5 Processo metodológico

O estudo foi desenvolvido a partir das respostas dos questionários aplicados junto aos educadores e crianças que participam do programa socioeducativo.

No questionário dirigido às crianças, as questões buscaram identificar a relação da saúde bucal com a qualidade de vida, por meio da auto-percepção durante as atividades do cotidiano, tais como, ao comer ou durante a mastigação, durante a higiene bucal, ao falar, ao sorrir, durante as tarefas ou estudos e até no lazer, como também o impacto emocional gerado neste contexto.

No caso dos educadores, foi utilizado um questionário validado em outro estudo e adaptado para esta análise, selecionando questões que mais impactavam no nível de conhecimento e atitudes dos educadores frente a saúde bucal, como segue: se anteriormente já havia realizado alguma atividade educativa em saúde bucal, horário para higiene bucal das crianças, se já orientou ou acolheu alguma criança com alguma dúvida ou dor de dente, qual a conduta frente a uma criança com dor, se tem conhecimento da conduta frente a um acidente que atinja a boca, relação da saúde bucal do educador com a da criança, sobre a importância da

abordagem de saúde durante as atividades do programa e se gostaria de colaborar com o cirurgião dentista nas atividades educativas.

Para estruturar a análise, as respostas obtidas nas questões selecionadas, foram classificadas e construído um escore, onde as Unidades receberam escores 0 e 1, sendo 0 para respostas negativas e 1 para as positivas (como algoritmo, dando peso as questões). Deste escore, emergiu o desempenho individual, geral dos educadores, por Unidade.

Como exemplo, na questão em que se perguntou, sobre o conhecimento do procedimento adequado frente a um acidente que atinja a boca, as respostas positivas receberam 01 (um) ponto, enquanto a resposta negativa, em que o educador não tem conhecimento da conduta adequada, não pontuou.

Este desempenho foi um medidor da geração de “mais ou menos” capital social, partindo-se do pressuposto que esta estrutura socioeducativa é geradora de capital social.

Para cada Unidade foi atribuído um valor, usando o coeficiente do escore para cada componente descrito. O escore final foi obtido pelo resumo dos valores dos componentes, descritos pelo nível de suporte para promoção da saúde. Agrupando as escolas pelo nível de suporte

Estes dados foram relacionados com os questionários aplicados para as crianças que também receberam escores 0 e 1, conforme a autopercepção em relação à saúde.

4.5 Análise estatística

As informações obtidas foram digitalizadas em banco de dados do Microsoft Excel 2003. O mesmo programa de informática foi utilizado para descrição tabular e gráfica dos resultados.

Os dados foram analisados no software estatístico STATA 10.0, sob a análise da Regressão de Poisson e Razão de prevalência, e serão apresentados segundo distribuição de frequência, na forma de tabelas. No estudo foi dotado um nível de significância (valor de p) de 5% (0,05).

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em tabelas e gráficos, com base na tabulação dos dados obtidos pelos instrumentos utilizados para o estudo, demonstrando inicialmente os resultados das respostas obtidas nos questionários aplicados junto as crianças participantes do programa socioeducativo do SESC, e, a seguir, apresentando os resultados baseados nas respostas dos questionários aplicados junto aos educadores vinculados ao mesmo programa.

Na sequência, são apresentados os resultados do desempenho das Unidades, comparando com o impacto bucal nas atividades diárias da criança.

Este estudo contou com uma amostra, inicialmente constituída por 1.200 crianças e 62 educadores, que foram convidados a participar do estudo.

Do total de crianças convidadas, 620 devolveram o Termo de Consentimento preenchido no prazo estabelecido, possibilitando a participação na pesquisa, resultando em 51,6% de adesão.

Com relação ao universo proposto para os educadores, tiveram somente duas ausências, com alguma justificativa para a falta no dia da aplicação, chegando em 60 participantes.

5.1 Impacto bucal na qualidade de vida

Inicialmente, são apresentados os resultados obtidos nas respostas dos questionários aplicados, às crianças participantes do programa.

As tabelas 5.1, 5.2 e 5.3 apresentam, respectivamente, a distribuição da população estudada segundo características demográficas e Unidades operacionais do SESC.

Tabela 5.1 – Distribuição das crianças participantes, segundo a idade da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Idade	N	%
6	4	0,65
7	85	13,71
8	114	18,39
9	114	18,39
10	127	20,48
11	100	16,13
12	71	11,45
13	5	0,81
Total	620	100,00

Tabela 5.2 – Média da idade das crianças participantes do Programa SESC Curumim, 2011

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Idade	620	9.425806	1.619543	6	13

Na tabela 5.2, pode ser observado que a média de idade, da população de crianças, estudada, se encontra na faixa de 9,42 anos.

Tabela 5.3 – Distribuição das crianças participantes, segundo o gênero da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gênero	Frequência	%
Feminino	314	50,65
Masculino	306	49,35
Total	620	100,00

Foi observado na tabela 5.3 que no total da população de crianças estudadas existe um equilíbrio entre o gênero, sendo 50,65% do gênero feminino, enquanto no gênero masculino, 49,35%.

A tabela 5.4 apresenta a distribuição da população estudada segundo o número de dias em que participa das atividades nas Unidades operacionais do SESC.

Tabela 5.4 – Distribuição das crianças participantes, segundo o número de dias no Programa SESC Curumim, 2011

n° dias	N	%
2	231	37,26
3	75	12,10
4	284	45,81
5	30	4,84
Total	620	100,00

Na tabela 5.4, quanto à participação, encontra-se variação de 2 a 5 dias por semana, observando-se maior tendência para 2 ou 4 dias.

Tabela 5.5 – Distribuição das crianças participantes, segundo a média no número de dias que participa das atividades do Programa SESC Curumim, 2011

Variável	n	Média	Desvio Padrão	Min	Max
n° dias	620	3.182258	9962813	2	5

A tabela 5.5 demonstra a média de dias em que as crianças participam das atividades do programa, apresentando uma média de 3.18 dias durante a semana.

A tabela 5.6 apresenta a distribuição da população estudada segundo o tempo de participação nas atividades do Programa SESC Curumim.

Tabela 5.6 – Distribuição das crianças participantes, segundo o tempo de participação da população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Variável	n	Média	Desvio padrão	Min	Max
Tempo de participação no curumim (meses)	620	15.77581	15.1282	1	72

Na tabela 5.6, observa-se que no total das crianças estudadas, o tempo médio de participação nas atividade do programa, ficou em torno de 15.77 meses.

Os resultados apresentados da tabela 5.7 a 5.14, se referem às respostas dos questionários aplicados nas crianças participantes do programa, segundo os impactos bucais na qualidade de vida durante o desempenho das atividades diárias.

A tabela 5.7 apresenta a distribuição da população estudada, segundo o impacto bucal na qualidade de vida ao comer.

Tabela 5.7 – Distribuição segundo o relato de desconforto ao comer, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao comer	Frequência	%
0	304	49,03
1	141	22,74
2	113	18,23
3	62	10,00
Total	620	100,00

A tabela 5.7, observou-se que 49,03% da população estudada não apresentou desconforto ao comer, isto é, durante a mastigação, enquanto 50,97% das crianças, com diferentes níveis de gravidade, relataram algum impacto bucal que comprometeu a qualidade de vida.

A tabela 5.8 apresenta a distribuição da população estudada segundo o impacto bucal ao falar.

Tabela 5.8 – Distribuição segundo o impacto ao falar, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao Falar	Frequência	%
0	533	85,97
1	49	7,90
2	24	3,87
3	14	2,26
Total	620	100.00

A tabela 5.8 demonstra que a grande maioria das crianças estudadas (85,97%), não apresentam queixa alguma nem relatam algum impacto bucal ao falar que comprometa a qualidade de vida. O percentual de crianças que relataram alguma queixa foi menor, se destacando apenas a queixa de pequena dificuldade, com 7,9%.

A tabela 5.9 apresenta a distribuição da população estudada segundo o impacto na saúde bucal no momento da higiene bucal.

Tabela 5.9 – Distribuição segundo o impacto na higiene bucal, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao Limpar	Frequência	%
0	424	68,39
1	108	17,42
2	62	10,00
3	26	4,19
Total	620	100,00

Observa-se que grande parte da população estudada (68,39%), não relatou o impacto durante a higiene bucal, enquanto a soma do percentual de crianças que nos diversos graus de intensidade relataram o impacto, fica em torno de 31,61%.

A tabela 5.10 apresenta, a distribuição da população estudada segundo o impacto da saúde bucal ao dormir.

Tabela 5.10 – Distribuição segundo o impacto ao dormir, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao Dormir	Frequência	%
0	513	82,74
1	48	7,74
2	39	6,29
3	20	3,23
Total	620	100,00

Na tabela 5.10 pode ser observado que a maioria da população, não apresentou impacto bucal na qualidade de vida ao dormir, como pode ser constatado no percentual de 82,74%. Os relatos de impacto encontrados no grupo que são mais expressivos apresentam pequena ou média dificuldade, respectivamente com 7,74% e 6,29%.

A tabela 5.11 apresenta a distribuição da população estudada segundo o impacto bucal na qualidade de vida e o desconforto emocional desencadeado.

Tabela 5.11 – Distribuição segundo o impacto emocional, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Impacto emocional	Frequência	%
0	427	68,87
1	76	12,26
2	64	10,32
3	53	8,55
Total	620	100.00

Nos resultados encontrados na tabela 5.11, o maior percentual foi do grupo em que não relatou impacto emocional (68,87%), desencadeado por alguma alteração na saúde bucal. No entanto, a soma do percentual de crianças que relatou o impacto nas diversas intensidades, ficou em torno de 31,13%.

A tabela 5.12 apresenta a distribuição da população estudada segundo o impacto na qualidade de vida ao sorrir.

Tabela 5.12 – Distribuição segundo o impacto ao sorrir, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao Sorrir	Frequência	%
0	454	73,23
1	89	14,35
2	48	7,74
3	29	4,68
Total	620	100,00

Na tabela 5.12, observa-se que grande parte das crianças estudadas não relataram impacto na qualidade de vida ao sorrir. Quando indicado algum impacto, o percentual mais expressivo foi o de pequena e média intensidade, com 14,35% e 7,74% respectivamente.

A tabela 5.13 apresenta a distribuição da população estudada, segundo o impacto da saúde bucal na frequência na escola e realização das tarefas.

Tabela 5.13 – Distribuição segundo o impacto ao realizar as tarefas, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Impacto ao realizar as tarefas	Frequência	%
0	531	85,65
1	47	7,58
2	20	3,25
3	22	3,55
Total	620	100,00

Os resultados da tabela 5.13, apresentam uma maior frequência (85,65%) de crianças que não relatam impacto da saúde bucal na realização das tarefas da escola ou durante as atividades do programa. As crianças que relataram algum impacto ficaram em minoria (14,38%).

A tabela 5.14 apresenta a distribuição da população estudada segundo o impacto da saúde bucal no contato com outras crianças no seu momento de lazer.

Tabela 5.14 – Distribuição segundo o impacto ao contato com outras crianças, na população estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gravidade ao contato	Frequência	%
0	540	87,10
1	44	7,10
2	14	2,26
3	22	3,55
Total	620	100,00

Observa-se que na tabela 5.14, o maior percentual encontrado (87,10%), não apresentou impacto no contato com outras crianças, comprometendo o momento de lazer, por algum problema na saúde bucal, enquanto as que relataram algum impacto foram a menor parte (12,91%).

5.2 Atitudes e nível de conhecimento dos educadores

A seguir, serão apresentados os dados baseados nas respostas dos questionários aplicados aos educadores vinculados ao Programa Curumim.

As tabelas 5.15 e 5.16 apresentam a distribuição da população estudada segundo características demográficas.

A maioria dos educadores estudados é do gênero feminino (70%).

Tabela 5.15 – Distribuição segundo o gênero, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Gênero	Educadores (n)	%
Feminino	42	70,00
Masculino	18	30,00
Total	60	100,00

A tabela 5.16 apresenta a população de educadores segundo a idade, com uma variação de 21 a 57 anos, apresentando uma idade média de 33,68 anos.

Tabela 5.16 – Distribuição segundo a idade, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Idade (anos)	60	33.68333	8.193614	21	57

A tabela 5.17 apresenta a distribuição da população de educadores, segundo o tempo que está vinculado ao Programa.

Tabela 5.17 – Distribuição segundo o tempo de trabalho, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Tempo curumim (em meses)	59	57.88136	60.09478	2	264

* 01 (um) educador não respondeu esta questão.

Observou-se uma variação do tempo de trabalho no programa de 02 a 264 meses, com um tempo médio de atuação de 57,88 meses.

A Tabela 5.18 demonstra que a maior parte (83,33%) dos educadores não realiza atividade educativa em saúde bucal com o grupo de crianças participantes do programa.

Tabela 5.18 – Distribuição segundo a realização de alguma atividade educativa relacionada ao conhecimento da saúde bucal, na população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Realização de atividade educativa	N	%
Sim	10	16,67
Não	50	83,33
Total	60	100,00

A tabela 5.19 descreve as atitudes dos educadores com relação à realização da higiene bucal por parte das crianças, durante as atividades do programa.

Tabela 5.19 – Distribuição segundo o horário de realização da higiene bucal pelas crianças, acompanhada pela população de educadores estudada no Programa SESC Curumim, 2011

Higiene Bucal / Horário Escolar	N	%
Após as refeições	49	81,67
Não possui horário fixo	1	1,67
Não leva para escovar	10	16,67
Total	60	100,00

A realização da higiene bucal após as refeições é realizada por maior parte das crianças da amostra (81,67%). No entanto, uma parte dos educadores (16,67%) não leva as crianças para realizar a higiene bucal.

A tabela 5.20 apresenta as atitudes dos educadores com relação à solicitação de orientação sobre saúde bucal ou reclamação de dor por alguma criança participante do programa.

Tabela 5.20 – Distribuição segundo a reclamação de dor ou solicitação de orientação sobre saúde bucal, realizada pelas crianças que são acompanhadas pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Reclamação/ dúvida	N	%
Não	22	36,67
Sim	38	63,33
Total	60	100,00

Observou-se que 63,33% das crianças, apresentaram dúvidas ou alguma reclamação de dor durante as atividades, enquanto 36,67% não relataram alguma dúvida ou fizeram reclamação de dor.

A tabela 5.21 descreve, as atitudes dos educadores frente à solicitação de orientação, com relação à saúde bucal por parte das crianças que participam das atividades do programa.

Tabela 5.21 – Distribuição segundo a conduta no caso da solicitação de orientação sobre saúde bucal, realizada pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Dúvida / Conduta	N	%
Orientação de acordo com o conhecimento	31	51,67
Orientaria, mesmo não tendo conhecimentos	1	1,67
Esclarecer para depois repassar a informação	28	46,67
Total	60	100,00

Observa-se que uma parte dos educadores respondeu que orienta de acordo com seu conhecimento (51,67%), enquanto outra parte (46,67%), procura esclarecimento para repassar a informação às crianças.

A tabela 5.22 apresenta a conduta do educador no caso de relato de dor por parte das crianças participantes do programa.

Tabela 5.22 – Distribuição segundo a conduta no caso do relato de dor pela criança, realizada pelos educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Relato de dor / Conduta	N	%
Encaminhar para atendimento no local	31	51,67
Mandaria para casa, com orientação de tratamento	29	48,33
Total	60	100,00

Nos resultados encontrados, constatou-se que uma parte dos educadores (51,67%) encaminha para o atendimento local, enquanto que a outra parte (48,33%), encaminharia a criança para casa, com a orientação para o tratamento.

A tabela 5.23 apresenta, o nível de entendimento dos educadores, quanto à relação da sua saúde bucal, com a saúde bucal das crianças.

Tabela 5.23 – Distribuição segundo o entendimento da relação entre a saúde bucal dos educadores, com as crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

O seu estado afeta a saúde bucal das crianças	N	%
Não	34	56,67
Sim	26	43,33
Total	60	100,00

Observa-se que uma parcela dos educadores (56,67%) relatou que o estado da sua saúde bucal não afeta a saúde das crianças vinculadas ao grupo, enquanto outra parcela (43,33%) dos educadores, entende a relação.

A tabela 5.24 descreve a conduta dos educadores no caso de algum acidente que atinja a boca das crianças participantes do programa.

Tabela 5.24 – Distribuição segundo o conhecimento da conduta no caso de acidente que atinja a boca das crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Conduta / Acidente	N	%
Não	14	23,73
Sim	45	76,27
Total	59	100,00

Os resultados obtidos na tabela 5.24 indicam que a maioria dos educadores (76,27%), sabe qual a conduta no caso de acidente que atinja a boca, no entanto, observa-se que, mesmo sendo uma parcela menor, 23,73% não tem conhecimento da conduta adequada.

A tabela 5.25 apresenta o entendimento dos educadores, com relação à importância da orientação sobre saúde bucal, durante as atividades do programa.

Tabela 5.25 – Distribuição segundo a importância da orientação de saúde bucal durante as atividades, pelo grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Orientação sobre saúde bucal	N	%
Cirurgião Dentista	1	1,67
Educadores Capacitados	2	3,33
Parceria entre Educadores, Dentistas e Familiares	57	95,00
Total	60	100,00

Observa-se nos resultados da tabela 5.25 que quase a totalidade do grupo (95,00%) de educadores estudados, considera a parceria entre Dentistas, Educadores e Familiares a melhor opção.

A tabela 5.26 apresenta, o nível de interesse dos educadores com relação à colaboração junto à equipe de saúde bucal das Unidades operacionais, nas atividades educativas em saúde.

Tabela 5.26 – Distribuição segundo o nível de interesse em colaborar com a equipe de saúde bucal nas atividades educativas para as crianças, no grupo de educadores estudados no Programa SESC Curumim, 2011

Colaborar com o CD	N	%
Não	12	20,69
Sim	46	79,31
Total	60	100,00

Nos resultados apresentados na tabela 5.26, observa-se que uma grande parte (79,31%) do grupo de educadores se prontifica para colaborar nas atividades educativas, enquanto que outra parte (20,69%), não demonstrou interesse em colaborar.

5.3 Capital social e impacto bucal na qualidade de vida

A seguir, são apresentados os resultados comparando a prevalência dos impactos bucais nas atividades diárias das crianças com os fatores associados como capital social, tempo e gênero.

O quadro 5.1 apresenta as Unidades participantes do estudo, com as respectivas médias, geradas pela somatória dos pesos aplicados nas questões respondidas pelos educadores e o índice de capital social de cada uma delas.

UNIDADES	ESCORE	CAPITAL SOCIAL
Consolação	3.4	0
Santana	4	0
Pompéia	4.6	0
Carmo	5	0
Santos	5.1	0
Belenzinho	5.2	1
Interlagos	5.25	1
Ipiranga	5.5	1
São José dos Campos	5.66	1
Santo André	6.42	1
Taubaté	7.25	1

Quadro 5.1 – Relação de Unidades Operacionais, segundo o peso e nível de capital social

Figura 5.1 – médias, geradas pela somatória dos pesos aplicados nas questões respondidas pelos educadores, segundo o peso e nível de capital social

As tabelas apresentadas a seguir, apresentam os impactos bucais na qualidade de vida relacionados aos fatores: capital social, tempo e gênero.

Outro fator associado, também contemplado nesta análise, é o tempo em que participa das atividades do programa, utilizando um corte de 24 meses para a análise, além do gênero.

No caso do gênero, na comparação entre os dois, o masculino teve um maior impacto na qualidade de vida, sendo considerado como um fator associado na avaliação.

A tabela 5.27 apresenta o impacto na saúde bucal ao comer, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.27 – Distribuição dos participantes segundo o relato de desconforto ao comer e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto ao comer	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	53,36	1,18	0,04 *
Até 24 meses	49,35	1,22	0,03 *
Gênero masculino	50,97	0,87	0,34

* estatisticamente significativa

Observa-se que o relato de desconforto ao comer, ou seja, durante a alimentação, apresenta uma significância estatística quando associado ao tempo de participação no programa (p 0,03) e nas localidades com menor capital social (p 0,04). Neste grupo, a associação com o gênero não foi significativa.

A tabela 5.28 apresenta o impacto ao falar, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.28 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao falar na saúde bucal e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto ao falar	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	15,67	1,26	0,04 *
Até 24 meses	14,00	0,98	0,96
Gênero masculino	15,69	1,31	0,04 *

* estatisticamente significativa

Na tabela 5.28 pode ser observado que o impacto ao falar, apresenta uma significância estatística quando associado ao capital social (p 0,04) e ao gênero (p 0,04). Neste grupo o tempo de participação no programa, não foi estatisticamente significativa (p 0,96).

A tabela 5.29 apresenta o impacto ao higienizar a cavidade bucal, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.29 – Distribuição dos participantes segundo o impacto na higiene bucal e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto ao higienizar	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	70,52	1,19	0,02 *
Até 24 meses	67,26	1,02	0,21
Gênero masculino	68,63	0,74	0,88

* estatisticamente significativa

Observa-se que neste grupo somente o impacto ao realizar a higiene bucal, apresenta uma significância estatística quando associado ao capital social (p 0,02), enquanto para o tempo de participação no programa (p 0,21) e gênero (p 0,88), não foram estatisticamente significantes.

A tabela 5.30 apresenta o impacto ao dormir, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.30 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao dormir e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto ao dormir	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	16,79	0,94	0,78
Até 24 meses	16,96	0,89	0,68
Gênero masculino	15,69	0,80	0,30

* estatisticamente significativa

Na tabela 5.30, pode ser observado que nenhum dos fatores associados apresentam significância estatística quando relacionados com os impactos bucais ao dormir.

A tabela 5.31 apresenta, o impacto emocional, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.31 – Distribuição dos participantes segundo o impacto emocional e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto emocional	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	72,01	1,30	0,01*
Até 24 meses	68,05	0,80	0,52
Gênero masculino	69,93	1,10	0,05*

* estatisticamente significativa

Os resultados apresentados demonstram que o impacto emocional quando associado ao capital social (p 0,01) e ao gênero (p 0,05), demonstra uma significância estatística. O impacto quando associado ao tempo não apresenta significância (p 0,52).

A tabela 5.32 apresenta, o impacto ao sorrir, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.32 – Distribuição dos participantes segundo o impacto ao sorrir e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto ao sorrir	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	27,99	1,11	0,07
Até 24 meses	28,21	1,53	0,01*
Gênero masculino	21,77	0,58	0,00*

* estatisticamente significativa

Na tabela 5.32, pode ser observado que o impacto ao sorrir, apresenta uma significância estatística quando associado ao tempo de participação no programa (p 0,01) e no gênero (p 0,00). Neste grupo o capital social não apresentou significância (p 0,07).

A tabela 5.33 apresenta, o impacto na realização das tarefas e a frequência na escola, relacionadas ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.33 – Distribuição dos participantes segundo o impacto na realização das tarefas e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto nas tarefas/escola	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	14,18	0,97	0,91
Até 24 meses	14,40	1,01	0,92
Gênero masculino	16,99	1,53	0,00

* estatisticamente significativa

Observa-se na tabela 5.33 que o impacto na realização das tarefas e a frequência na escola, apresenta uma significância estatística somente no gênero (p 0,00), no entanto, quando associado ao tempo de participação no programa (p 0,92) e ao capital social (p 0,91), não apresentou significância estatística.

A tabela 5.34 apresenta, o impacto no contato com outras pessoas ou nos momentos de lazer, relacionado ao capital social, tempo de participação no programa e gênero.

Tabela 5.34 – Distribuição dos participantes segundo o impacto no contato com outras pessoas e fatores associados. Programa SESC Curumim. São Paulo, 2011

Fatores associados	Prevalência do impacto no contato	Razão de Prevalência	Valor de p
Localidades com menos capital social	14,55	1,29	0,02 *
Até 24 meses	12,62	0,87	0,567
Gênero masculino	16,01	1,74	0,01 *

* estatisticamente significativa

Na tabela 5.34 pode ser observado que o impacto no contato com outras pessoas, apresenta uma significância estatística quando associado ao capital social (p 0,02) e no gênero (p 0,01). Neste grupo o tempo de participação no programa, não foi estatisticamente significativa (p 0,567).

6 DISCUSSÃO

Tendo em vista o melhor entendimento das determinantes do processo de saúde-doença, partindo do pressuposto que a saúde bucal é muito influenciada por fatores sociais, é fundamental entender a participação da estrutura educativa no desenvolvimento das crianças.

Ao analisarmos o conceito sobre os determinantes sociais na condição de saúde, valorizando somente os aspectos biológicos e deixando de lado os outros aspectos, atualmente valorizados para efetivar a promoção de saúde, os serviços não apresentariam um resultado satisfatório (Moysés, 2000; Buss; Pelegrini, 2007).

O presente estudo contou com a participação de 620 crianças, obtendo uma taxa de resposta de 51,6%, sendo estas crianças vinculadas a um programa socioeducativo, instituído nas Unidades operacionais do SESC no Estado de São Paulo, onde, complementarmente à escola, participam de atividades educativas, culturais e esportivas, com a proposta de interação social e o desenvolvimento crítico, onde podemos comparar com outro estudo, realizado por Castro et al (2008), com uma taxa de resposta maior (63,3%).

As crianças estudadas apresentavam idade entre 06 e 13 anos (média de 9,42 anos), aproximando-se do último levantamento realizado pelo SESC (2011b) para uma análise do mesmo programa, com 45% das crianças com idade média entre 9 e 10 anos. No estudo de Castro et al. (2008), a média de idade em 12,8 anos, já no grupo estudado por Moysés (2003), a população alvo foi de 12 anos de idade.

Com relação ao gênero, no presente estudo foi observado na população de crianças um equilíbrio, sendo 50,65% do gênero feminino e 49,35% do gênero masculino, comparado com a resposta do estudo realizado por Castro et al (2008), no qual 50,3% da população era do sexo feminino e 49,7% do sexo masculino. Resultado não muito diferente também foi encontrado no último levantamento realizado pelo SESC (2011b), com toda população de crianças participantes do programa, sendo 54% das crianças do gênero masculino e 46% do gênero feminino.

Nas Unidades estudadas, a média de dias durante a semana, em que a criança participa das atividades socioeducativas foi de 3,18 dias, apresentando uma média de 15,77 meses de participação no programa.

Neste trabalho, tendo como pressuposto que o ambiente estudado é uma organização social como um sistema composto por partes articuladas que proporciona a associação entre indivíduos, com relações de solidariedade e confiança, conduzindo ao desenvolvimento saudável, mais suportivo, sugerindo a formação de capital social, encontra-se conformidade com relação ao conceito definido por alguns autores (Pattussi MP, 2006b; Pattussi MP, 2006a; Vasconcelos, 2001), sendo reforçado pelo estudo de Moysés (2003), onde concluíram que crianças em escolas mais suportivas, inseridas em um contexto onde são desenvolvidas atividades para a promoção da saúde, tem melhor saúde bucal do que crianças em escolas não suportivas.

Reforçando o conceito citado, os ambientes escolares são considerados, estruturas apropriadas para promoção da saúde da criança, desde que possam fornecer um ambiente favorável para a saúde, auto-estima, comportamentos e hábitos de vida (Valadao, 2004; Moysés, 2003; Hilgert, 2001; Costa; Fuscella, 1999; Pellicioni; Torres, 1999; Al-Tamini, 1998; Ministério da Educação, 1997).

Considerando ainda que a participação em atividades e a possibilidade de troca de saberes, são fatores que reduzem a exclusão social e aprimoram o padrão de vida comunitária, gerando uma sociedade com mais saúde, como descrita por Souza; Grundy (2004) e Brasil (2002b), está de acordo com o encontrado nos estudos realizados pelo SESC (2011b), onde o maior interesse em participar do programa (67%) é pela possibilidade de sociabilização, seguido da prática de atividades físicas e lazer (47%), fato este, também encontrado no estudo de Barra (2001).

Quando é abordado o conceito mais ampliado de saúde, com a perspectiva de entender além da situação bucal biológica, valorizando os estilos de vida, pessoal e comunitário, passando pela compreensão dos aspectos sociais e econômicos para atingir mudanças significantes na condição de saúde, relatados por Moysés (2006); SESC (2011a), esses fatores se refletem nos dados dos últimos levantamentos de saúde bucal do Brasil (2004, 2010), onde a questão relacionada com a doença, principalmente a cárie, ainda é prevalente nas populações estudadas.

Como citado nos levantamentos de saúde bucal (Brasil, 2004; 2010), estes critérios exclusivamente clínicos, baseados no índice denominado CPO para avaliação da saúde bucal, são importantes, mas segundo Locker et al.; Jokovic

(2002), não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos.

Embora Niv; Kreitler (2001) avaliem a qualidade de vida, como sendo subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, ela pode ser quantificável, como relata o autor (Jokovic et al., 2002). Um grande número de instrumentos para avaliação da qualidade de vida, foram desenvolvidos e utilizados com frequência cada vez maior, em pesquisas odontológicas para determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal.

Alguns índices de qualidade de vida aplicáveis à saúde bucal em crianças têm sido objeto de estudo (Jokovic et al., 2002; Jokovic, 2004; Gherunpong et al., 2004; Broder et al., 2007; Pahel et al., 2007) e uma das medidas desenvolvidas especificamente para criança é o OIDP-Infantil, prevalência que pode ser comparada com outros países.

Com relação aos impactos bucais relacionados à qualidade de vida, a prevalência observada no Brasil (80,7%) pode ser comparada com outros países em que o índice foi adaptado e aplicado (Gherunpong S, 2004; Tsakos et al., 2005; Bernabé E, 2007).

No presente estudo, com a utilização do OIDP-Infantil adaptado, quando as crianças foram questionadas sobre a ocorrência de impactos bucais nas atividades diárias, os mais prevalentes foram ao comer (50,97%), seguido da higiene bucal (31,61%) e de alteração que tivesse afetado o estado emocional (31,13%), podendo ser comparado ao estudo de Castro et al.(2008) em que a maior frequência também foi ao comer (59,4%), seguido da alteração do estado emocional (33,6%) e durante a higiene bucal (33,3%).

O impacto relatado nas outras situações, como ao sorrir, durante o sono, nas tarefas ou nos estudos e nos momentos de lazer, tiveram um menor valor, combinando também com os achados de Castro et al., 2008.

No Brasil, os impactos bucais mais prevalentes nos estudos que utilizaram o OIDP-Infantil, foram durante a alimentação e que tivessem afetado o estado emocional, enquanto em estudos realizados na França e Inglaterra, a segunda maior queixa foi durante a higiene bucal (Gherunpong S, 2004; Tsakos et al., 2005; Bernabé E, 2007), resultado que se repete neste estudo.

Em todas as Unidades estudadas, as atividades são acompanhadas por educadores, com formação em diversas áreas, como pedagogia, artes plásticas,

música, educação física, entre outras áreas que possibilitam o trabalho com uma diversidade de linguagens.

Os educadores também participaram do estudo, que teve, entre outros, o objetivo de analisar o nível do seu conhecimento em saúde bucal, como sendo um diferencial para o desenvolvimento destas crianças.

Com referência ao gênero dos educadores, a maioria é do gênero feminino (70%); com relação à idade, apresentam uma grande variação, de 21 a 57 anos, resultando em uma idade média de 33,68 anos.

Quando os educadores foram questionados sobre a realização de atividade educativa em saúde bucal, com o grupo de crianças participantes do programa, a maior parte (83,33%) dos educadores relatou que não realiza, fato que se destaca, quando comparado com alguns estudos que valorizam a realização destas ações, nos espaços educativos (Brasil, 1997; Al-Tamini, 1998; Costa; Fuscilla, 1999; Hilgert, 2001; Brasil, 2002b; Volschan, 2002; Valadão, 2004).

Segundo os estudos de Vasconcelos (2001), Pellicioni; Torres (1999) e Al-Tamini (1998), sobre o ambiente escolar e o envolvimento dos educadores no processo de formação de hábitos saudáveis, nos resultados deste estudo, quando os educadores foram questionados sobre a realização da higiene bucal pelas crianças, após as refeições, lembrando que este hábito é uma forma de prevenir problemas da saúde bucal, grande parte (81,67%) respondeu que as crianças realizam, no entanto, uma parte dos educadores (16,67%), responderam que não levam as crianças para realizar a higiene bucal durante as atividades do programa.

Considerando o resultado em que 63,33% das crianças, apresentaram dúvidas ou alguma reclamação de dor durante as atividades, enquanto 36,67% não relataram alguma dúvida ou fizeram reclamação de dor, estes dados reforçam a importância do educador, na formação das crianças, em uma perspectiva de promoção para saúde (Fraga, 1999; Vasconcelos, 2001; Volschan, 2002).

Quando questionados sobre o encaminhamento das crianças, no caso de necessidade de atendimento, constatou-se que uma parte dos educadores (51,67%) encaminha para o atendimento local, na clínica odontológica da Unidade, enquanto que a outra parte (48,33%), encaminharia a criança para casa, com a orientação para o tratamento. Este resultado sugere a necessidade de tratamento e ainda, a importância do estabelecimento de medidas preventivas durante as atividades, com

intuito do estabelecimento de hábitos saudáveis, visando a promoção da saúde (Sheiham, 2001).

No que se refere ao entendimento, da relação da saúde bucal do educador com a da criança, quando questionados, uma parcela dos educadores (56,67%) afirmou que o estado da sua saúde bucal não afeta a saúde das crianças vinculadas ao grupo, enquanto outra parcela (43,33%) dos educadores, entende a relação. Este fato demonstra, a falta de conhecimento por parte do grupo e reforça a ideia, apresentada por alguns autores, com relação ao desenvolvimento dos educadores para a participação no processo educativo (Fraga, 1999; Volschan, 2002; Moysés, 2003; SESC, 2011a).

Os resultados obtidos, indicam que a maioria dos educadores (76,27%), sabe qual a conduta no caso de acidente que atinja a boca, no entanto, observa-se que uma parcela menor (23,73%), não tem conhecimento da conduta adequada, necessitando de maiores informações para participar efetivamente do processo educativo, como é relatado em alguns trabalhos (Brasil, 2002b; Sheiham, 2001)

Quando os educadores foram abordados sobre a melhor opção de profissional para a realização do trabalho educativo em saúde bucal, observa-se que quase a totalidade do grupo de educadores estudados (95,00%), considera a melhor opção, a parceria entre Dentistas, Educadores e Familiares. Este resultado demonstra o entendimento da necessidade da divisão de tarefas e o trabalho conjunto no processo educativo, apontando por parte dos entrevistados, a importância da participação do técnico, e como sugestão de alguns autores, a inserção da questão no projeto pedagógico, facilitaria a divisão de papéis e daria mais condições ao educador para desenvolver os assuntos relativos à saúde, dentro dos domínios do ambiente educativo (Sheiham, 2001; Valadão, 2004; SESC, 2011a).

Nos resultados apresentados, observa-se que uma grande parte (79,31%) do grupo de educadores, se prontifica em colaborar nas atividades educativas, enquanto que outra parte (20,69%), não demonstrou interesse em colaborar nas atividades educativas durante as atividades do programa. Esta atitude demonstrada por parte do grupo, não acompanha o conceito de escola promotora de saúde, em que a participação do educador é fundamental no processo educativo em saúde (Ministério da Educação, 1997; Al-Tamini, 1998; Costa e Fuscilla, 1999; Fraga,

1999; Hilgert, 2001; Brasil, 2002; Volschan, 2002b; Nutbeam, 1997 apud Moysés, 2003; Valadão, 2004).

Nas localidades estudadas, após a definição do capital social, foi realizada uma associação nas Unidades de menor capital social (45,4%), com os impactos bucais na qualidade de vida das crianças, relacionando também com os fatores: tempo de participação no programa e gênero. No estudo, o gênero masculino apresentou maior impacto do que o feminino.

Em estudo realizado por Moysés (2003), as escolas foram classificadas como suportivas ou não suportivas, e a partir desta classificação, foi avaliada a influência da escola na saúde bucal das crianças, podendo ser comparado com o presente estudo, onde as Unidades foram classificadas com maior ou menor capital social.

Nos resultados obtidos, a relação de alguns impactos bucais nas crianças, nas Unidades com menor capital social, foram significantes, no impacto que se refere a alimentação (p 0,03), ao falar (p 0,04), durante a higiene bucal (p 0,02), no estado emocional (p 0,01) e no contato com outras crianças (p 0,02). Nos outros impactos, o capital social não foi significativo.

Com relação ao tempo de participação no programa, somente os impactos ao comer e ao sorrir, foram significantes.

Quanto ao gênero, somente nos impactos ao comer, higienizar e durante o sono, não foi significativo; nos outros impactos, ao falar (p 0,04), no estado emocional (p 0,05), ao sorrir e durante as tarefas (p 0,00) e no contato (p 0,01), apresentou valor significativo.

Alguns autores apontam que as alterações bucais ocasionadas pelos efeitos negativos da cárie, das maloclusões ou algum trauma dental, podem desenvolver situações de desconforto ou dor, na vida das crianças, gerando dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, dificuldade para dormir, perda de peso, alterações no comportamento (irritabilidade e baixa auto-estima) e até baixo rendimento escolar. Os impactos bucais apontados anteriormente, nas Unidades estudadas, demonstram a relação próxima com as alterações citadas, reforçando a importância de medidas preventivas e curativas no intuito de minimizar o sofrimento destas crianças (Filstrup et al., 2003).

No presente estudo, os impactos com a fala e com o sorriso também foram evidenciados, comparando com outros estudos, onde podem estar associados à erupção dentária, traumatismos dentários, as patologias dos tecidos moles da boca,

as oclusopatias, as fissuras labiopalatais e a fluorose dentária que afetam crianças com frequência variável, sendo ressaltado pelos autores que ainda existe pouca informação a respeito das suas possíveis consequências funcionais, emocionais e sociais (Cortes et al., 2002; Oliveira; Sheiham, 2004; Marques et al., 2006).

Tudo isto, pode ser agravado pelo comprometimento emocional. Neste estudo, foi observado que para alguns problemas bucais, o impacto gera irritabilidade ou estresse. Segundo dados, somando a prevalência das doenças bucais, a influência física e psicológica das circunstâncias agravantes nas vidas dos indivíduos, devem ser considerados, levando em consideração seu estilo de vida, possibilidade de se expressar, capacidade de mastigar e inserção social (Biazevic et al., 2008; Locker; Allen, 2007).

A análise proposta no estudo, parte do princípio que o impacto bucal, afeta o funcionamento do organismo, comprometendo o bem-estar dos indivíduos, no aspecto funcional e psicológico, afetando a qualidade de vida (Locker; Allen, 2007).

Estes resultados demonstram que a estrutura suportiva do programa estudado, analisado como diferencial pelas atitudes e o nível de conhecimento dos educadores, influencia na qualidade de vida das crianças participantes, vindo ao encontro do estudo de Nutbeam (1997) apud Moysés (2003), onde concluíram que os ambientes escolares são considerados, estruturas apropriadas para promoção da saúde da criança, desde que possa fornecer um ambiente favorável para melhorar a saúde, auto-estima, comportamentos e hábitos de vida.

Seguindo a hipótese deste estudo, a mesma autora (Moysés, 2003), concluiu que crianças vinculadas a escolas com uma estrutura suportiva, tem melhor saúde bucal. Quanto mais abrangente o currículo da escola, maior a possibilidade da criança promover saúde bucal no ambiente escolar.

O presente estudo reconhece como uma possível limitação o número da amostragem, onde a dificuldade para o deslocamento para todas as Unidades do Estado, levou à concentração da pesquisa na grande São Paulo e Unidades mais próximas do interior e litoral. Outros estudos podem ser realizados, com análises longitudinais, contando a participação de outras populações para obtenção de dados que possam vir a ser comparados, com maior aprofundamento da relação do capital social e a saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

- Entendendo que os ambientes escolares são considerados, estruturas apropriadas para a promoção da saúde da criança, desde que possam fornecer um ambiente favorável para a saúde, comportamentos e hábitos de vida, o programa socioeducativo estudado, apesar de uma proposta mais abrangente, tem esta capacidade.
- O presente estudo, ao analisar os impactos bucais na qualidade de vida, durante as atividades diárias das crianças participantes do programa socioeducativo, observou uma maior prevalência de impacto durante a mastigação, seguido da higiene bucal e de alteração que tivesse afetado o estado emocional.
- No que se refere às atitudes e ao nível de conhecimento dos educadores que acompanham as crianças, apesar da maioria dos educadores não realizar atividades educativas em saúde bucal, grande parte direciona as crianças para realização da higiene bucal durante as atividades e sabem qual a conduta no caso de acidente. No entanto, alguns dados encontrados, apontam a necessidade de um aprimoramento, quanto às condutas preventivas para que possam atuar efetivamente como parceiros na promoção da saúde destas crianças.
- Apesar de podermos considerar o SESC uma organização social que proporciona a associação entre indivíduos, com relações de solidariedade e confiança, conduzindo ao desenvolvimento saudável, mais suportivo, na classificação realizada neste estudo, utilizando como referencial, as atitudes e o nível de conhecimento dos educadores que acompanham as atividades do programa, algumas Unidades tiveram um menor capital social.

- Ao relacionar os impactos bucais nas crianças, nas Unidades com menor capital social, os dados foram estatisticamente significantes durante a alimentação, ao falar, durante a higiene bucal, no estado emocional e no contato com outras crianças. Quando relacionado aos outros impactos, o capital social não foi significativo. Com relação ao tempo de participação no programa, somente os impactos durante a alimentação e ao sorrir, foram significantes. Quanto ao gênero, os impactos ao comer, higienizar e durante o sono, não foram significantes; já os outros impactos, apresentaram valores significantes.

REFERÊNCIAS¹

- Almeida-Filho N et al. Research on health inequalities in Latin América and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*, 2003; 93:2037-43.
- Al-Tamini S, Petersen PE. Oral Health situation schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J*, London. 1998; 48(3):180-86.
- Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):562-67.
- Batchelor PA, Sgan-Cohen HD, Sheiham A. Strategies for preventing dental caries. *Israel Journal of Dental Sciences*. 1990; 2(4):254-70.
- Barra, LM. Lazer infantil e projeto Curumim no SESC Taubaté. Taubaté SP. 2001. Monografia, Universidade de Taubaté.
- Barradas Barata R. *Epidemiologia Social*, Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(1):7-17.
- Bastos FA, Santos E, Tovo MF. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, Sao Paulo. 2009; 18(2):177-88.
- Bernabé E, Tsakos G, Sheiham A: Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems. *Eur J Oral Sci*. 2007;115:111-6.
- Biato FFM. Do consultório às ruas: o caminho percorrido pelo Serviço Odontológico do SESC [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA, Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res*. 2008; 22(1):36-42.
- Bourdieu P. Le capital social: notes provisoires. *Actes de La Recherche en Sciences Sociales*, Paris. 1980; 31: 2-3.

---

¹ De acordo com Estilo Vancouver

Bourget MMIR. O que é saúde x doença. Programa de Saúde da Família. Manual para o Curso Introdutório. São Paulo: Editora Martinari, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico de Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. Rev Saúde Pública. 2002b; 36(2):533-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2010. Resultados principais. Brasília; 2011a.

Brasil. Pesquisa Nacional por amostras de Domicílios (PNAD). Rendimento Real médio mensal dos domicílios particulares, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/tabelas_pdf/sintese_serie_7.pdf. Acesso em 26/01/2011b.

Broder HL, Mcgrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. Community dent oral epidemiol. 2007; 35(1):8-19.

Buss P, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes sociais, PHISIS; Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1):77-93.

Carvalho, JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2003.

Castro RAL et al. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. Health and quality of life outcomes. 2008; 6:68; 1-8.

Chaves MM. Educação em Odontologia. In Odontologia Social, 3a ed. São Paulo: Artes Médicas. 1986; 9: 359-360.

Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology, Chicago. 1988; 94:95-120. Suplemento.

Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatism injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30:193-8.

Costa ICC; Fuscilla MAP. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. Ação Coletiva. Brasília. 1999; 2(3): 45-7.

Diretrizes gerais de ação do SESC – Serviço Social do Comércio, Departamento Nacional. Rio de Janeiro; 2010.

Filstrup SL et al. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. Pediatr dent. 2003; 25(5):431-40.

Fraga RCMS et al. Promoção e manutenção da saúde bucal, comparação de comportamento quanto a hábito de higiene bucal, entre escolares da rede pública, projetos de extramuros de curso de odontologia da USC-Bauru-SP. Ação Coletiva. Brasília. 1999; 2(2):39-43.

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.

Fukuyama, F. Confiançatnam: as virtudes sociais e a criação da prosperidade. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A: The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health Qual Life Outcomes 2004; 2:57.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A: Developing an evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-ODP. Community Dent Health. 2004; 21:161-9.

Hilgert EC. Educação em saúde bucal no ensino fundamental em escolas de Porto Alegre. Mestrado – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2001.

Horowitz HS. Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 1: 67-81.

Jokovic A et al. Validity and Reability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related Quality of Life. J Dent Res. 2002; 81:459-63.

Jokovic A et al. Questionnaire for measuring oral heath-related quality of life in eight-to ten-year old children. Pediatr dent. 2004; 26(6):512-8.

Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? Cad Saúde Pública. 2002; 18 Suppl: 47-55.

Leal GP. Formação de professores. Disponível em:
<http://www.reescrevendoaeducacao.com.br>. Acesso em 09/08/2011.

Locker D et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions. Community dent oral epidemiol. 2002; 30(6):438-48.

Locker D, Allen F. What do measures of oral Elath-related quality of life measure. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2007; 35(6):401-11.

Maltz M; Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolas. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2001; 35(2):170-6.

Marques LS et al. Malocclusion: esthetic impact and quality of life hmong Brazilian schoolchildren. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 129(3):424-7.

Manfredini MA. Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Mendes LA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Mendes MOA. Dental caries and associated factors: a longitudinal study. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2008; 22(1):36-42.

Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos. Brasília, DF: MEC SEF; 1997.

Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de odontologia em Saúde Coletiva*. 2000; 1(1):7-17.

Moysés ST. The impact of Health Promoting Policies in Schools on Oral Health in Curitiba, Brazil. Unpublished PhD thesis, University College London. 2000.

Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International*. 2003; 18(3):209-18.

Miller DR, Clark JA, Rogers WH, Skinner KM. The influence of place of administration on health-related quality-of-life assessments. *J Ambul Care Manage*. 2005; 28(2):111-24.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.

Mtaya M, Astrom AN, Tsakos G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary school-children in Tanzânia. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5:40.

Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2002.

Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. *Pain practice*. 2001; 1(2): 150-61.

Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J orthod*. 2004; 31(1):20-7.

Organização Mundial da Saúde. A carta de Ottawa para promoção da saúde. Genebra: World Health Organization; 1986.

Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parenteral perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health qual life outcomes. 2007; 30:6.

Pattussi MP et al. Capital Social e a agenda de pesquisa em Epidemiologia. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006b; 22(8):1525-46.

Pattussi MP et al. Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. American Journal of Public Health. 2006a; 96(8):1525-46.

Pelicioni ; Torres. A escola promotora de saúde. [Monografia]. São Paulo: FSP-USP. Departamento de Prática de Saúde Pública – Eixo de Promoção de Saúde, 12. 1999.

Pereira AC et al. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed. 2003; 117-39.

Peres, MA et al., Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade. Rev. Bras. Epidemiol. 2003; 6(4):293-305.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community dent oral epidemiol. 2003; 31:3-23.

Pinheiro HHC, Cardoso DG, Araújo MVA, Araújo IC. Avaliação do nível de conhecimento sobre saúde bucal dos professores da Creche Sorena, Belém, Pará. Rev Inst Ciênc Saúde 2005; out-dez; 23(4): 297-303.

Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

Putnam, RD. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

Santos et al. Crosscultural adaptation of the pressure ulcer scale for healing to the portuguese language. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(3):305-13.

Seidl EM; Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad saúde pública. 2004; 20(2):580-8.

Sgan-Cohen HD; Saad S; Weissman A. Dental Knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in Northern Israel. *Int Dent J*, London. 1999; 49(5):269-274.

SESC. Programa Integrado de Desenvolvimento Infantil (PIDI). São Paulo. SESC, 1986.

SESC. Modelo assistência odontológica: modulo político – Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2011a.

SESC. Relatório de Realizações: Programa Curumim – SESC, São Paulo, 2011b.

Sheiham A, Watt RG. The common risk approach: a rational approach for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 399-406.

Sheiham A. Strategies for promoting oral health care. *Rev Bras Odontol Saúde Col*. 2001; 2(1): 7-24.

Souza, EM; Grundy, E. Promoção da saúde, Epidemiologia Social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernso de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004; 20(5):1354-60.

Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. EUR\RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

Tocqueville, A. A democracia na América: leis e costumes. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

Tsakos et al. Validation of a French version of Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 2005; 113:355-62.

Yusuf H, Gerunpong S, Sheiham A, Tsakos G: Validation of an English version of the Child-OIDP index, on oral health related quality life measure for children. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4:38.

Valadão, MM. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. [Tese]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP;2004.

Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1998; 14: 7-18. Suplemento 2.

Van Wijk A, Kieffer JM, Lindeboom JH. Effect of third molar surgery on oral health-related quality of life in first postoperative Hjek using Dutch version of Oral Health Impact Profile-14. Journal Oral and Maxillofacial Surgeons. 2009; 67(5):1026-31.

Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. J Am dent assoc. 1998; 129(9):1229-38.

Vasconcelos R et al. Escola: um espaço importante em saúde bucal para a população infantil. Rev Fac Odontol, São José dos Campos. 2001; 4(3):43-8.

Volschan BCG; Soares EL. Educação em Saúde. Revista Aboprev. 2002; 5(2):27-32.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (crianças)

UNIDADE DO SESC: _____	Nº (TCLE): _____
NOME DO PARTICIPANTE: _____	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações apresentadas neste documento foram dadas pelo Cirurgião Dentista Jair de Souza Moreira Júnior, com a finalidade de firmar acordo por escrito, mediante o qual o responsável pelo menor que será avaliado neste estudo, autoriza a participação do mesmo, com pleno conhecimento da natureza do levantamento a qual será submetido, por livre escolha, sem ter sido forçado e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento.

1. Título do estudo: Capital Social e Odontologia: Contribuição de Projeto Socioeducativo na Saúde Bucal de crianças.

2. Objetivo Principal: Obter dados que permitam verificar a possível melhora na saúde bucal, e consequentemente na qualidade de vida das crianças que participam das atividades do Programa Socioeducativo nas Unidades do SESC (Serviço Social do Comércio).

3. Procedimento: Serão realizados questionários, com informações prestadas pelos envolvidos na pesquisa, educadores e crianças.

4. Local: O levantamento será realizado nas unidades operacionais do SESC no Estado de São Paulo que disponibilizam o Programa denominado Programa SESC Curumim.

5. O desconforto e risco nesta pesquisa, se restringirão à aplicação de um questionário, com uma duração prevista para aplicação de aproximadamente 10 (dez) minutos.

6. Benefícios para os examinados: Os resultados deste exame permitirão o esclarecimento e a análise dos dados sobre o conhecimento relativo à saúde bucal dos educadores, assim como os impactos odontológicos no desempenho das atividades diárias pelas crianças atendidas.

7. Informações adicionais: Os dados obtidos são absolutamente secretos e os pacientes que forem examinados nunca serão identificados.

8. Aos que estejam participando neste estudo e que em qualquer momento desejem abandoná-lo, poderão fazê-lo sem sofrer nenhum prejuízo na participação do Programa Curumim.

9. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes, 2227-CEP:05.508.000 - São Paulo - ou pelo e-mail: cepfo@usp.br).

10. Eu, _____, responsável pelo menor: _____, certifico que após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador (Dr. Jair de Souza Moreira Júnior), concordo na participação do mesmo nesta pesquisa. Em caso de dúvida, devo entrar em contato com o responsável pela pesquisa que estará totalmente disponível para esclarecê-las e solucioná-las.

São Paulo, ____ / ____ / 2011.

_____
(Nome legível - criança)

_____
(Nome legível - responsável pela criança)

_____
(Nº documento - responsável pela criança)

_____
(Assinatura - responsável pela criança)

Responsáveis pela pesquisa:

_____
(Assinatura)

Jair de Souza Moreira Júnior (orientado)
CRO: 48.920 - Email: jsmj@usp.br

_____
(Assinatura)

Moacyr da Silva (Orientador)
CRO: 5.104

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - CEP: 05.508-900 - São Paulo - Tel: (11) 3091-7891

(Elaborado com base na resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº201, 16/10/1996).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (educadores)

UNIDADE DO SESC: _____	Nº (TCLE): _____
NOME DO EDUCADOR: _____	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações apresentadas neste documento foram dadas pelo Cirurgião Dentista Jair de Souza Moreira Júnior, com a finalidade de firmar acordo por escrito, mediante o qual o Educador, autoriza a participação no estudo, com pleno conhecimento da natureza do levantamento a qual será submetido, por livre escolha, sem ter sido forçado e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade das suas atividades.

1. Título do estudo: Capital Social e Odontologia: Contribuição de Projeto Socioeducativo na Saúde Bucal de crianças.

2. Objetivo Principal: Obter dados que permitam verificar o conhecimento dos educadores envolvidos no Programa Socioeducativo nas Unidades do SESC (Serviço Social do Comércio), como também, os impactos odontológicos nas crianças frequentadoras do mesmo Programa.

3. Procedimento: Serão realizados questionários, com informações prestadas pelos envolvidos na pesquisa, educadores e crianças.

4. Local: O levantamento será realizado nas unidades operacionais do SESC no Estado de São Paulo que disponibilizam o Programa denominado Programa SESC Curumim.

5. O desconforto e risco nesta pesquisa, se restringirão à aplicação de um questionário, com uma duração prevista para aplicação de aproximadamente 10 (dez) minutos.

6. Benefícios para os examinados: Os resultados deste exame permitirão o esclarecimento e a análise dos dados sobre o conhecimento relativo à saúde bucal dos educadores, assim como os impactos odontológicos no desempenho das atividades diárias pelas crianças atendidas.

7. Informações adicionais: Os dados obtidos são absolutamente secretos e os pacientes que forem examinados nunca serão identificados.

8. Aos que estejam participando neste estudo e que em qualquer momento desejem abandoná-lo, poderão fazê-lo sem sofrer nenhum prejuízo nas suas atividades.

9. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes, 2227-CEP:05.508.000 - São Paulo - ou pelo e-mail: cepfo@usp.br).

10. Eu, _____, certifico que após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador (Dr. Jair de Souza Moreira Júnior), concordo na participação nesta pesquisa. Em caso de dúvida, devo entrar em contato com o responsável pela pesquisa que estará totalmente disponível para esclarecê-las e solucioná-las.

São Paulo, ____ / ____ / 2011.

_____
(Assinatura - educador)

_____
(Nº documento - educador)

_____
(Nome legível - educador)

Responsáveis pela pesquisa:

_____
(Assinatura)
Jair de Souza Moreira Júnior (orientado)
CRO: 48.920 - Email: jsmi@usp.br

_____
(Assinatura)
Moacyr da Silva (Orientador)
CRO: 5.104

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)
Av: Prof. Lineu Prestes, 2227 - CEP: 05.508-900 - São Paulo - Tel: (11) 3091-7891

(Elaborado com base na resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº201, 16/10/1996).

APÊNDICE C – Questionário crianças

QUESTIONÁRIO CRIANÇAS

¶

Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil)¶

1º Etapa: Identificação¶

¶

Nome: _____

Número do termo de consentimento: _____ Data de aplicação: ____/____/____¶

Unidade: _____ Período: _____ n° dias (durante a semana): _____¶

Idade: ____ anos Data de nascimento: ____/____/____ sexo: (·) masculino (·) feminino¶

Há quanto tempo participa do Curumim: _____ (anos / meses)¶

¶

2º Etapa: Avaliação dos impactos bucais na qualidade de vida das crianças¶

ATIVIDADES*	GRAVIDADE*		
	(pequena dificuldade)¶	(média dificuldade)¶	(grande dificuldade)¶
1. Comer (ex. refeição, sorvete)¶	¶	¶	¶
2. Falar claramente¶	¶	¶	¶
3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar)¶	¶	¶	¶
4. Dormir¶	¶	¶	¶
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar¶	¶	¶	¶
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha¶	¶	¶	¶
7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)¶	¶	¶	¶
8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo)¶	¶	¶	¶

¶

Referência: Castro *et al*, 2008¶

APÊNDICE D – Questionário educadores

QUESTIONÁRIO EDUCADORES
¶
Dados pessoais:¶
Nome: _____ Número (TCLE): _____ ¶
Há quanto tempo como Educador no Curumim: _____ UO: _____ ¶
Grau de escolaridade: _____ Área de formação: _____ ¶
Idade: _____ sexo: _____ ¶
¶
1. Você já realizou alguma atividade relacionada ao conhecimento da saúde bucal com as crianças?¶
participantes do Programa?¶
(-) Sim. Quais? _____
(-) Não¶
2. Em que horário você leva as crianças participantes do Programa para escovar os dentes?¶
(-) Após as refeições.¶
(-) Não possui horário fixo.¶
(-) Não leva para escovar.¶
3. Alguma criança já reclamou a você que seu dente estava doendo ou então pediu alguma orientação sobre a troca de dentes, o porquê seus dentes estão ficando escuros, sobre dente quebrado, mau hálito, dentre outras?¶
(-) Sim. Quais? _____
(-) Não¶
4. Diante da situação acima qual foi ou qual seria a sua conduta?¶
(-) Orientaria de acordo com o conhecimento que possui sobre o assunto.¶
(-) Não orientaria, pois não possui informações necessárias para esclarecê-lo.¶
(-) Orientaria a seu modo, mesmo não tendo conhecimentos precisos sobre o assunto.¶
(-) Procuraria alguém que possa esclarecer, para depois repassar para a criança a informação correta.¶
(-) Não daria informação sobre a dúvida de uma criança, já que acha que não compete a você.¶
tal questionamento.¶

5. Diante da situação da criança participante estar com dor de dente, qual foi ou qual seria a sua conduta?¶

(-) Procuraria um remédio na Unidade para aliviar sua dor.¶

(-) Procuraria encaminhá-lo a um posto de saúde ou a um outro local que tivesse um dentista para atendê-lo.¶

(-) Mandaria ele para casa, mas orientando os pais a procurar um tratamento para o seu filho.¶

(-) Não faria nada e continuaria com suas atividades normais, só comunicando aos pais da situação quando estes fossem buscá-lo na escola.¶

6. Você acha que o seu atual estado de saúde bucal pode afetar a saúde bucal das crianças participantes do Programa?¶

(-) Sim.....(-) Não¶

7. Você sabe o que fazer diante de um acidente que atinja a boca de uma criança do seu grupo?¶

(-) Sim.....(-) Não¶

8. Você acha importante ter alguma orientação sobre medidas educativas e preventivas para promoção da saúde bucal das crianças participantes do Programa?¶

(-) Sim.....(-) Não¶

9. Você acha importante que as crianças participantes do Programa sejam educados durante as atividades sobre a saúde bucal?¶

(-) Não, a escola não é o lugar adequado.¶

(-) Sim, desde que seja feito pelo cirurgião-dentista.¶

(-) Sim, desde que seja feita por professores devidamente capacitados.¶

(-) Sim, desde que seja feita pela parceria entre professores, funcionários, cirurgiões-dentistas e familiares.¶

10. Você gostaria de se propor a ajudar o cirurgião-dentista nas suas atividades intra e extra atividades do Programa na prevenção da cárie?¶

(-) Sim.....(-) Não¶

¶

Referência: Pinheiro *et al*, 2005¶

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 02/11
CAAE 005.0.017.000-11

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **“Capital Social e Odontologia: contribuição de programa socioeducativo na saúde bucal de crianças”**, de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Jair de Souza Moreira Júnior sob orientação dos Profs. Drs. Moacyr da Silva e Edgard Michel Crosato.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em “cd”. Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 19 de abril de 2011.

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa

SESC SP**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

Ct STS GSAL/0032

São Paulo, 05 de janeiro de 2011.

Comissão de Ética em Pesquisa – CEP

Prezados Senhores:

Pela presente vimos informar que autorizamos o Dr. Jair de Souza Moreira Jr, Cirurgião Dentista, funcionário desta Entidade, que está realizando o curso de Doutorado em Ciências Odontológicas na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), na área de concentração de Odontologia Social, a desenvolver o trabalho com o título: "Capital Social e Odontologia: Contribuição de Programa Socioeducativo na saúde bucal de crianças", junto aos educadores e crianças participantes do Programa Curumim. Tendo em vista que o assunto explorado vem ao encontro das diretrizes da Entidade, ressaltamos que consideramos de relevante importância o desenvolvimento do referido levantamento junto aos funcionários e os dependentes matriculados que frequentam o Programa.

Atenciosamente

Luiz Deoclécio Massaro Galina
Diretor em Exercício
Departamento Regional