EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS ESTADUAIS
DO 1º GRAU DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

EDUARDO LÚCIO SOARES/

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da Uni-
versidade de São Paulo, Departamen-
to de Prática de Saúde Pública, pa-
ra a obtenção do título de "Doutor
em Saúde Pública".

ORIENTADORA: Profa. Dra. NELLY MARTINS FERREIRA CANDEIAS

SÃO PAULO - 1988

DEDICATÓRIA

PARA MINHA MÃE ELVIRA, POR TANTO E POR TUDO...

Para minha irmã STELLA,
apoio constante
em minha vida.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora NELLY MARTINS FERREIRA CANDEIAS, pelo privilégio de sua orientação, sempre presente durante a realização deste trabalho.

A Professora Doutora EUNICE PINHO DE CASTRO E SILVA, pela inestimável colaboração na elaboração da amostra.

Ao Professor Doutor SUELYO DE OLIVEIRA SANTOS, pelo incentivo à realização deste trabalho.

A SARA GERTHEL DOLHNIKOFF, pelo apoio e facilidades que sempre pôs a minha disposição na coleta de dados.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

A MARIA ELIZABETH DACOL e DAISY PIRES NORONHA, pelo levantamento e revisão da bibliografia.

A FERNAO DIAS DE LIMA, pela execução da programação e computação dos dados.

A ANTONIO ALVES ANDRADE, pela realização dos trabalhos de datilografia.

As cinco Educadoras de Saúde Pública que, comigo, participaram na coleta dos dados.

I N D I C E

	Pag.
I - INTRODUÇÃO	01
O PROBLEMA	01
A PREVENÇÃO	08
LEGISLAÇÃO	13
II - OBJETIVOS	23
III - METODOLOGIA	24
AMOSTRA	24
Amostragem de Classes	26
Precisão Desejada	27
Tamanho da Amostra em cada Categoria	27
Tamanho da Amostra Global	28
MÉTODO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS: SURVEY	30
COLETA DE DADOS	31
VARIÁVEIS SELECIONADAS	31
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	31
VARIÁVEIS DEPENDENTES	32
HIPÓTESES	32
ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS	34
DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	34
CONHECIMENTO DOS ALUNOS POR TURNO	51
CONHECIMENTO DOS ALUNOS POR SEXO	56
PRÁTICAS DOS ALUNOS POR TURNO	68
PRÁTICAS DOS ALUNOS POR SEXO	71
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
VI - CONCLUSÕES	86
VII - SUGESTÕES	90
VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	
1. Divisão Regional de Ensino da Capital/DRECAP-3	
2. Escolas Sorteadas	
3. Cronologia da Dentição Humana	
4. Questionário	
5. Glossário	
6. Programa de Educação em Saúde Bucal	

Í N D Í C E D E F I G U R A S

Pag.

1. DIVISÃO REGIONAL DE ENSINO - DRECAP-3.	25
2. NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS DE ALUNOS DO TURNO DIURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. . .	40
3. NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS DE ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. . .	41
4. NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MÃES DE ALUNOS DO TURNO DIURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - -	43
5. NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MÃES DE ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. . .	44
6. TOTAL DE ALUNOS QUE TRABALHAM, POR TURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	46
7. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	47
8. TOTAL DE ALUNOS, POR SEXO, QUE TRABALHAM, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	48
9. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - -	49
10. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO SEXO FEMININO DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	50
11. PROPORÇÃO DE DIFICULDADE DOS ALUNOS SEGUNDO O TURNO, RELATIVAS À PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	72
12. PROPORÇÃO DE DIFICULDADE DOS ALUNOS, SEGUNDO O SEXO, RELATIVAS À PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	77

Í N D Í C E D E T A B E L A S

Pag.

1. NÚMERO MÉDIO DE DENTES ATACADOS PELA CÁRIE, ÍNDICE CPO-D, 6-14 ANOS, BRASIL, 1980. - - - - -	03
2. NÚMERO MÉDIO DE DENTES ATACADOS PELA CÁRIE DENTAL, SEGUNDO O ÍNDICE CPO-D, E ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO E CUSTOS POR GRUPO ETÁRIO, 6-59 ANOS - BRASIL - 1980. - - - - -	04
3. MÉDIA DO CPO-D EM AMBOS OS SEXOS, DE SEIS A 55 ANOS DE IDADE, DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETÁRIOS. -	06
4. COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO ÍNDICE CPO-D, EM AMBOS OS SEXOS, IDADE DE SEIS A 55 ANOS, POR GRUPOS ETÁRIOS.	07
5. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS, SEGUNDO SEXO E IDADE NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	29
6. ESTIMATIVA DAS DISTRIBUIÇÕES DOS ALUNOS NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	29
7. ESTIMATIVA DAS DISTRIBUIÇÕES DOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	30
8. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO DE ACORDO COM A IDADE, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	35
9. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO DE ACORDO COM A IDADE, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.	36
10. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO, POR SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	37
11. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, POR SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	37
12. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO DE ACORDO COM A MORADIA COM OS RESPONSÁVEIS, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	38
13. DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DE ACORDO COM A MORADIA COM OS RESPONSÁVEIS, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	39

14. CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A PREVENÇÃO DE PROBLEMAS BUCAIS, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	51
15. CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A IDENTIFICAÇÃO DA PLACA DENTAL, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	52
16. CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A ESCOVAÇÃO DOS DENTES, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	53
17. CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO AO TIPO DE ESCOVA, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	54
18. CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO AO USO SIMULTANEO DA ESCOVA DE DENTES E FIO DENTAL, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	55
19. DESCONHECIMENTO QUANTO A DIVERSOS ASPECTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE BUCAL, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	55
20. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE PLACA DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	56
21. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE HALITOSE, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	58
22. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE A PRIMEIRA VISITA AO DENTISTA, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	59
23. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE QUANDO OCORRE A CALCIFICAÇÃO DOS DENTES PERMANENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	60
24. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O SURGIMENTO DA DENTIÇÃO PERMANENTE, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	61
25. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE QUANDO A ESCOVAÇÃO DEVE INICIAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - -	62

26. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O SUPRIMENTO MAIS EFICAZ DE FLUOR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 63
27. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE MOTIVOS DE PREOCUPAÇÃO SE AS GENGIVAS SANGRAREM AO ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 64
28. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O QUE A DOENÇA NAS GENGIVAS PODE PROVOCAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 65
29. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O TIPO DE ESCOVA DE DENTES A SER USADA, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 66
30. CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O USO SIMULTANEO DA ESCOVA DE DENTES E O FIO DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 67
31. DESCONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A DIVERSOS ASPECTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE BUCAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 67
32. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM VISITAR REGULARMENTE O DENTISTA, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 68
33. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 69
34. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM ADOTAR UMA ALIMENTAÇÃO POBRE EM AÇÚCAR, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 70
35. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM VISITAR REGULARMENTE O DENTISTA, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 73
36. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM EXAMINAR PERIODICAMENTE A ESCOVA DE DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 73
37. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - 74

38. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO À DIFICULDADE EM ADOPTAR UMA ALIMENTAÇÃO POBRE EM AÇUCAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - -	75
39. RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO À DIFICULDADE DE UTILIZAR O FIO DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DA ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - - - - - -	75
40. GRAU DE IMPORTANCIA ATRIBUIDO A ASPECTOS PESSOAIS PELOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - - - - - -	79
41. GRAU DE IMPORTANCIA ATRIBUIDO A ASPECTOS PESSOAIS PELOS ALUNOS DO SEXO FEMININO, DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - - - - - - - -	80
42. FONTE DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL, ENTRE ALUNOS DAS 8 ^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984. - - - -	84

RESUMO

Neste trabalho discutem-se aspectos de particular interesse para o planejamento do componente educativo de programas de Educação em Saúde Bucal, como parte dos currículos de ensino dirigidos a alunos do 1º grau.

A amostra foi constituída por 980 alunos das 8ªs séries do 1º grau, de 38 escolas da Região Administrativa da Capital, DRECAP-3, de São Paulo.

Os dados foram registrados em questionários, contendo perguntas abertas e fechadas, procurando-se, com este "survey", dar subsídios para o conteúdo dos Guias Curriculares de Programas de Saúde Bucal, de acordo com os pressupostos da Lei 5692 de 11 de agosto de 1971.

Os resultados evidenciaram o alarmante desconhecimento, por parte dos alunos, de assuntos básicos para a Saúde Bucal, tais como, entre outros, cárie dental e problemas periodontais, ambos responsáveis por severos agravos na população brasileira.

Tendo em vista estes dados, elaborou-se um Programa de Educação em Saúde Bucal, com fundamento no programa proposto pela "American Dental Association". Espera-se que o mesmo possa contribuir para facilitar e estimular o ensino da Saúde Bucal nas escolas de São Paulo.

ABSTRACT

The present work discusses aspects of special interest for the planning of educational components within the Program of Oral Health Education, as part of the teaching curricula, focussing first grade students.

The sample included 980 students of the 8th grade, of thirty-eight schools located at the Administrative Region of the capital of São Paulo - DRECAP-3.

The data were recorded in a questionnaire containing open and closed questions. The purpose of the survey was to provide a source of information for Curriculum Guidance of Health Programs, according to the 5692 Law of August 11th, 1971.

The results indicated an alarming lack of knowledge of the students about basic subjects of Oral Health, such as, dental caries and periodontal diseases, among others, not to mention that both factors are responsible for severe damage to the Brazilian population.

With these results, an Educational Program of Oral Health was developed based on suggestion of the American Dental Association Program. We hope that the present work will be able to contribute to facilitate and to improve the teaching of Oral Health in the São Paulo school system.

I. INTRODUÇÃO

I - INTRODUÇÃO

O Problema

Os elevados níveis de prevalência dos problemas bucais, a cárie dental, principalmente, e o restrito acesso aos serviços disponíveis por parte de extensas camadas populacionais, caracterizam o quadro atual da odontologia brasileira. Quase todos os brasileiros (95 a 98%), em maior ou menor grau, são atingidos por este agravo, porém poucos conseguem soluções satisfatórias para seus problemas bucais.⁵³

Frente a esta situação, pode-se afirmar que a atenção odontológica dirigida aos escolares é crucial na estratégia de ataque aos problemas de saúde bucal da comunidade. Estes representam a parcela populacional de maior vulnerabilidade odontológica e, por isso, constituindo grupos conseqüentemente prioritários.²⁰

Para VIEGAS⁶⁵, "o caráter prioritário em relação à atenção odontológica aos escolares decorre da prevalência extremamente elevada, que atinge quase a totalidade da população". De acordo com este autor, "aos 6 anos de idade já se constata a existência de 1,5 dentes permanentes por cárie, atingindo 11,2 dentes aos 14 anos de idade. Observa-se, então, que a cárie dental evolui rapidamente em extensão e profundidade dos 6 aos 14 anos".⁶⁶

Segundo PINTO⁵³, "o índice CPO-D* apresenta um valor médio de 1,64 aos 6 anos, atingindo 7,25 ao 12 anos, sempre com largo predomínio do "C" (dente cariado), que representa, no grupo etário de 6 a 14 anos, 61,0% do total de dentes atacados (Tabela 1). Na população de 6 a 59 anos de idade, observa-se um crescimento gradativo do índice CPO-D, basicamente em decorrência dos dentes extraídos, mostrando que, principalmente por razões de natureza sócio-econômica, o brasileiro, em média, chega aos 39 anos com doze dentes extraídos, tendo perdido, aos 59 anos, cerca de vinte e quatro dentes (Tabela 2). Estimativas referentes ao ano de 1980 indicaram que, no grupo de 6 a 59 anos, havia uma necessidade acumulada de tratamento de 558 milhões de dentes para restauração ou extração, implicando isto um custo aproximado de Cr\$ 240 bilhões de cruzeiros caso estes tratamentos fossem realizados pelo setor público.**

A Organização Mundial de Saúde, através da chamada Unidade de Saúde Bucal relatou (informe de 1981) que o índice CPO-D aos 12 anos no Brasil atingia o valor de 7,2, ocupando o terceiro lugar, como índice mais elevado em análise estatística que incluiu dezesseis países de vários continentes. Neste estudo apenas a Costa Rica (8,3) e a República Dominicana (7,6) apresentaram índices superiores ao do Brasil.***

Os estudos realizados por UCHOA⁶⁴ em escolares, a partir dos seis anos de idade, época em que os dentes permanentes iniciam sua erupção, conjugados com dados de estudos realizados em adultos mostrou que:

A prevalência da cárie dental é reconhecidamente elevada em todos os grupos etários principalmente de seis a dez anos, ao apresentar, em média, quatro dentes CPO por criança e o maior incremento (28,0%), (Tabela 3). O ataque da cárie dental, dos seis aos vinte e cinco anos de idade, corresponde, em média, a um dente por ano, decrescendo para 0,23 nas idades subsequentes até aos 45 anos (Tabela 3). As necessidades de restaurações apresentam seu ponto máximo no grupo de seis a dez anos, alcançando o valor de 85,0% e baixando gradativamente nos demais grupos etários em consequência da redução

* Este índice avalia o ataque de cárie em dentes permanentes, identificando os dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).

** Conservou-se o valor em cruzeiros, correspondente ao período em estudo.

***Apud TELES⁶³

TABELA 1 - NÚMERO MÉDIO DE DENTES ATACADOS PELA CARIE, ÍNDICE CPO-D, 6-14 ANOS, BRASIL - 1980.

IDADE	NÚMERO DE CRIANÇAS EXAMINADAS	ÍNDICE DE ATAQUE DE CARIE				
		$\bar{C}$ (cariados)	$\bar{O}$ (obturados)	$\bar{E}$ (extraídos)	$\bar{EI}$ (extrações indicadas)	$\bar{CPO-D}$
6	11.112	1,39	0,10	0,03	0,12	1,64
7	40.667	2,23	0,18	0,07	0,08	2,56
8	37.852	2,29	0,85	0,09	0,16	3,39
9	35.840	2,74	1,01	0,05	0,18	3,89
10	35.091	2,86	1,16	0,34	0,38	4,74
11	32.280	3,37	1,40	0,63	0,52	5,92
12	28.923	4,22	1,78	0,78	0,47	7,25
13	24.972	4,90	2,70	0,75	0,81	9,16
14	20.143	4,95	2,98	1,54	0,47	9,94
TOTAL	266.880	3,16	1,28	0,42	0,34	5,20

Extraído de: PINTO⁵³ (1983)

TABELA 2 - NÚMERO MÉDIO DE DENTES ATACADOS PELA CÁRIE DENTAL SEGUNDO O ÍNDICE CPO-D, E ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO E CUSTOS, POR GRUPO ETÁRIO, 6-59 ANOS, BRASIL - 1980.

GRUPO ETÁRIO	ÍNDICE DE ATAQUE DE CÁRIE					C + EI	População (em mil)	C + EI Total (em mil)	Custo (Cr\$ milhões)
	C	O	E	EI	CPO-D				
6-14	3,16	1,28	0,42	0,34	5,20	3,50	26.532	92.862	39.931
15-19	7,54	2,21	3,07	1,68	14,50	9,22	13.127	121.031	52.043
20-29	5,92	2,60	8,68	1,70	18,90	7,62	20.695	157.696	67.809
30-39	5,11	1,85	12,26	2,14	21,36	7,25	14.129	102.435	44.047
40-49	3,90	1,32	16,78	2,71	24,71	6,61	9.999	66.093	28.420
50-59	1,81	0,25	23,73	0,70	26,49	2,51	7.207	18.090	7.779
TOTAL 6-59	-	-	-	-	-	-	91.689	558.207	240.029

Extraído de: PINTO⁵³ (1983)

da porcentagem de dentes cariados e aumento dos dentes perdidos (Tabela 4). Observa-se claramente uma inversão dos componentes "C" e "P"; na composição do índice CPO, o elemento "P" (dentes perdidos) varia acentuadamente de 19,0% no grupo etário de onze a quinze anos, para 55,0% no grupo dos vinte e um aos vinte e cinco anos; os dentes restaurados (componente 0) mantêm-se extremamente baixos em todas as faixas etárias.⁶⁴

Estes dados mostram que a prática odontológica e a prestação de serviços oferecidos à população de baixa renda, constituída por escolares e pacientes do setor público, voltam-se, quase que exclusivamente, para o atendimento das exodontias da clientela.

Quanto à doença periodontal, um Comitê de Peritos da Organização Mundial de Saúde a classificou, já em 1955, como o segundo grande problema de Saúde Pública, logo após a cárie dental.³¹ Sabe-se atualmente que a doença periodontal representa a causa principal da perda dos dentes na população adulta. Em 1962⁵⁰, um outro Comitê de Peritos da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, afirmou não existir nenhuma área geográfica isenta desta doença, a qual apresenta elevadas prevalências em vários países, afetando, com maior ou menor intensidade, aproximadamente metade da população infantil e a quase totalidade da população adulta. Após os 45 anos, de cada dez extrações, aproximadamente, oito decorrem da doença periodontal.

Em trabalhos mais recentes^{2, 41} sobre cárie dental e doença periodontal em crianças de diversas faixas etárias, AINAMO e BAY¹ e AINAMO e HOLMBERG², AXELSSON e LINDHE¹¹ e AXELSSON e colaboradores¹² evidenciam a magnitude do problema.

KLEIMBERG e JENKIS³⁶, STEAN e FORWARD⁶⁰ e JORGEND e BIRKELAND³³ também estudaram a correlação entre placa dental, cárie e doença periodontal em populações jovens.

Em 1965, LOE e col.⁴² demonstraram que sintomas clínicos de gengivite se desenvolviam em alunos, após duas a três semanas, em condições clinicamente saudáveis, sempre que se deixava a placa acumular livremente. Complementando estes

TABELA 3 - MÉDIA DO CPO-D EM AMBOS OS SEXOS, DE 6-55 ANOS DE IDADE, DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETÁRIOS.

GRUPOS ETÁRIOS	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	TOTAL CPO-D	% INCREMENTO
6 ⇨ 10	3,43	0,50	0,10	4,03	28
11 ⇨ 15	7,13	1,88	0,92	9,93	35
16 ⇨ 20	7,63	5,62	0,45	13,72	42
21 ⇨ 25	8,16	10,33	0,35	18,75	58
26 ⇨ 30	6,59	11,07	0,36	19,04	59
31 ⇨ 35	6,70	13,97	0,47	21,15	66
36 ⇨ 40	5,50	16,13	0,36	22,01	68
41 ⇨ 45	4,86	18,93	0,28	24,19	75
46 ⇨ 50	4,72	19,27	0,30	24,29	76
51 ⇨ 55	4,63	19,44	0,31	24,48	77

Fonte: Levantamento realizado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, no grupo de 6 a 14 anos.

Levantamento realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, no grupo de 15 a 55 anos.

Extraído de: UCHOA⁶⁴ (1985)

TABELA 4 - COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO ÍNDICE CPO-D, EM AMBOS OS SEXOS, IDADE DE 6-55 ANOS, POR GRUPOS ETÁRIOS.

GRUPOS ETÁRIOS	PERCENTUAL			
	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPO-D
6-10	85	13	02	100
11-15	72	19	09	100
16-20	56	41	03	100
21-25	43	55	02	100
26-30	35	63	02	100
31-35	32	66	02	100
36-40	25	73	02	100
41-45	20	79	01	100
46-50	19	79	01	100
51-55	19	80	01	100

Fonte: Levantamento realizado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, no grupo de 6 a 14 anos.

Levantamento realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, no grupo de 15 a 55 anos.

Extraído de: UCHOA⁶⁴ (1985)

dados, SCHROEDER⁵⁸ demonstrou que uma lesão gengival se desenvolve em, aproximadamente, quatro dias em gengiva saudável, se se permitir que a placa acumule livremente. Investigações bacteriológicas têm mostrado que "a placa supragengival é infectada por bactérias alongadas e filamentos a partir do 3º ou 4º dia. Estas bactérias são representadas principalmente pelas *Actinomyces viscosus* e *Actinomyces naeslundii*, muito significativas na etiologia da gengivite".⁴¹

No Brasil, MORFIRA⁴⁷ et col. e LACAZ³⁸ et col. mostraram a estreita correlação entre a higiene bucal e a prevalência e severidade da doença periodontal na população jovem.

A Prevenção

Várias medidas preventivas permitem combater tais patogenias. A higiene bucal, fluoretação e alimentação não cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Porém todas elas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos.^{13, 21, 24, 29, 37, 45, 51, 55}

Cumprindo pois ressaltar o papel da Educação em Saúde na Escola que, através da dimensão Ensino da Saúde, procura contribuir para que indivíduos e comunidade saibam como proceder para obter e manter a Saúde Bucal. Não admira, pois, que os programas de Educação em Saúde Bucal, como fatores auxiliares na prevenção dos problemas bucais, sejam freqüentes em vários países, particularmente nos Estados Unidos.^{15, 16, 19, 22, 23, 25, 26, 62} No Estado de São Paulo, o decreto nº 7510/76 confere ao Departamento de Assistência ao Escolar (DAE)* "as atribuições de planejar, organizar, coordenar, orientar, acompanhar e avaliar os serviços de Assistência ao Escolar, visando a assegurar aos alunos condições físicas, mentais, sociais e materiais que proporcionam eficiência escolar e promoção humana".⁵⁶

* O presente estudo estava já concluído por ocasião das recentes reformulações ocorridas nas Secretarias do Estado da Saúde e da Educação de São Paulo.

Nos "Guias Curriculares Propostos" para as matérias do Núcleo Comum do Ensino do 1º Grau, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo⁵⁷, apresentam-se claramente os objetivos gerais dos programas de saúde: "compreender o crescimento e desenvolvimento do homem e conhecer as influências dos fatores hereditários e ambientais que nele influem; conhecer e compreender os diversos fatores ambientais que favorecem a promoção da saúde; conhecer e compreender os mecanismos de proteção e prevenção dos agravos ambientais à saúde; conhecer e utilizar os recursos da comunidade que favorecem a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde; conhecer, compreender e agir com responsabilidade em relação à sua saúde, à da sua família e comunidade".

A par dos objetivos gerais, enumeram-se os seguintes temas básicos: crescimento e desenvolvimento; nutrição; higiene física, mental, social e agravos à saúde. Estes temas são acrescidos de conteúdos programáticos e de objetivos específicos para cada uma das séries do 1º grau.

De acordo com MARCONDES⁴⁶, a Educação em Saúde na Escola não se prende apenas a sala de aula. Organiza-se, de modo geral, em termos de quatro dimensões, como se comenta a seguir.

A saúde do escolar é amplamente influenciada pelo Ambiente Físico e Emocional da escola. Realmente, fatores físicos, emocionais e sociais podem afetar a saúde desfavoravelmente, exigindo, portanto, ajustamentos e controle. Entre as condições ambientais, de particular interesse na área da Educação em Saúde na Escola, encontram-se: saneamento básico; prédio escolar (iluminação, ventilação, instalações sanitárias, acústica, temperatura e vias de acesso); mobiliário e equipamento escolar; refeitório, cozinha e cantina; área de recreio e relações professor-aluno-pessoal.

A dimensão Serviços de Saúde inclui todas as atividades que devem ser realizadas para recuperação, manutenção e promoção da saúde da criança (exames médicos, odontológicos e psicológicos). Não significa isto que caiba apenas à escola a responsabilidade de assumir estes serviços. Cabe aos

pais, também, a responsabilidade precípua de cuidar da saúde de seus filhos. A escola compete tão somente informar as famílias sobre as necessidades de seus filhos e orientá-las quanto às providências que devem ser tomadas e à utilização de recursos de saúde da comunidade. Sendo assim, um aspecto essencial de qualquer programa efetivo de saúde escolar é a capacidade de identificar problemas de saúde e de lidar e/ou acompanhar esses problemas visando à sua solução.

Complementando estes dois níveis, a dimensão Lar-Escola-Comunidade considera, por sua vez, todas as atividades que contribuem para o desenvolvimento de relações de cooperação entre a escola, a família e a comunidade, como, por exemplo, a criação da Associação de Pais e Mestres, a participação da escola nos programas dos órgãos oficiais de saúde, a criação de Conselhos de Educação e Saúde, o oferecimento de cursos e de outros serviços aos pais e à comunidade.

Finalmente, a dimensão Ensino da Saúde abrange todos os tipos de instrução formal e informal, cujo conteúdo deva ser organizado em termos das necessidades básicas do ser humano.

O presente estudo diz respeito a esta última dimensão, Ensino da Saúde. A Lei de Diretrizes e Bases de Educação no Brasil, lei nº 5692 de 11 de agosto de 1971, estabelece, no seu artigo 7º, a inclusão obrigatória de programas de saúde nos currículos plenos de 1º e 2º graus, evidenciando, pela primeira vez, o expressivo papel da Educação em Saúde nas redes ensino.¹⁴ A partir dessa data, tem-se procurado definir o conceito de Saúde na Escola, formular princípios, especificando objetivos e apontando as responsabilidades dos professores no que diz respeito às dimensões, acima referidas, de programas de Educação em Saúde na Escola: Ensino da Saúde, Ambiente Físico e Emocional da Escola, Serviços de Saúde e Relação Lar-Escola-Comunidade.

Do ponto de vista operacional, afirma-se que a Educação em Saúde na Escola se deve fundamentar em necessidades, interesses e problemas do escolar, já que um dos objetivos prende-se à elaboração de currículos capazes de propor-

cionar experiências de aprendizagem, que permitam aos escolares aplicar as descobertas da ciência em benefício da própria saúde. Muitos admitem assim, e é justo, que os professores tenham responsabilidades específicas quanto ao programa global da saúde no ambiente escolar.¹⁷

Porém, apesar de a lei 5692 estar em vigência desde 1971, pouco ou quase nada existe em relação ao ensino da Saúde Bucal nas escolas. O levantamento bibliográfico realizado pelo autor, para efeito do presente estudo, evidencia a inexistência de trabalhos sobre o Ensino da Saúde Bucal em nosso país. Tal fato torna o presente estudo particularmente significativo em nosso meio.

Em São Paulo, a Secretaria do Estado da Educação, mediante a Coordenadoria de Estudo e Normas Pedagógicas (CENP), na época do presente estudo, estruturou programas de saúde para o 1º e 2º graus. Contudo, ao se analisarem os programas de saúde, contidos nos "Guias Curriculares Propostos para as Matérias do Núcleo Comum do Ensino do 1º grau, Secretaria da Educação, Estado de São Paulo"⁵⁷, nota-se, com surpresa, que o item Saúde Bucal diz respeito apenas a 1ª série e não às séries subsequentes, como seria de esperar.

Diante de tal fato, torna-se evidente não só a insuficiência dos conteúdos de ensino oferecidos na época aos escolares paulistas, como também a incapacidade de suprir suas necessidades, nesta área, durante sua formação escolar. Surge aí a necessidade de desenvolver um programa de Educação em Saúde Bucal para alunos do 1º grau, com uma distribuição, mais equilibrada nas oito séries. Desta forma, poderia o educando, de acordo com sua idade e nível cognitivo, ter acesso a ensinamentos mais sólidos sobre este tema. Além disso, é preciso considerar que, para muitos, lamentavelmente, o ensino do 1º grau representa a única possibilidade de ensino formal.

Os objetivos devem-se ajustar, pois, às necessidades do organismo em mudança do educando e considerar que a conservação de sua própria saúde não é apenas de exclusiva responsabilidade sua, nem de seus pais, não raramente pouco capazes de enfrentar esta tarefa. Por outro lado, representa

um importante problema social, o fato de que, em geral, os professores da rede não receberam formação específica no campo da Educação em Saúde.

Torna-se assim indispensável, na rede, a criação de subsistemas de educação continuada e de informação e avaliação para iniciar e apoiar o processo de implantação dos programas de saúde bucal em nosso meio.

No caso específico da Educação em Saúde bucal, do ponto de vista formal, sugerem estas considerações a inclusão de conteúdos curriculares que permitam ao professor discutir com seus alunos os conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas favoráveis ou desfavoráveis à Saúde Bucal. Material escrito sobre Saúde Bucal é portanto imprescindível para a realização de um programa dessa natureza. A existência de audiovisuais e de folhetos e cartazes, contudo, nem por isso significa que o material disponível seja adequado para o bom desempenho do programa. É necessário que os professores possam contar com programas curriculares, cujos objetivos sejam convenientemente definidos em relação aos vários tópicos sobre Saúde Bucal, para que, então sim, possam discuti-los durante o processo educativo. Um glossário para a utilização de professores, de alunos e outros que por ventura venham a ser envolvidos no programa educativo, passa a ser extremamente valioso. A existência desse glossário como parte de um programa curricular de Educação em Saúde Bucal, em linguagem acessível, certamente facilitaria o entendimento dos pontos obscuros ou desconhecidos para os indivíduos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem - pais, mestres e alunos.

Espera-se pois que os resultados do presente estudo possam ser utilizados pela Secretaria do Estado da Educação de São Paulo, contribuindo assim não só para a revisão dos guias curriculares do 1º grau, na área de Programas de Saúde Bucal, mas também para a avaliação do processo educativo nas escolas da rede estadual de São Paulo.

Feitas estas considerações iniciais, apresentam-se, a seguir, aspectos legislativos de interesse para o estudo em pauta. Nestes, enfatizam-se os pontos essenciais

na evolução histórica da Educação em Saúde na Escola em nosso meio.

Legislação

Cabe aqui fazer alguns comentários sobre períodos que historicamente marcaram a temática da Saúde na Escola, percorrendo sobre os pontos mais significativos de sua legislação.

A preocupação com a saúde dos escolares não é fato recente. De acordo com LIMA⁴⁰, desde o século passado o problema tem sido discutido.

A institucionalização da higiene escolar pode ser vista como o primeiro marco na intervenção do Estado brasileiro em benefício da criança. Em nosso país, surgiu dez anos antes da criação de centros de saúde. De acordo com Basile, mencionado por aquele autor⁴⁰, o Código Sanitário do Estado de São Paulo, Decreto nº 233 de 2 de março de 1894, tratou da questão dos edifícios escolares - construção, orientação das salas quanto à sua dimensão, arejamento, iluminação, mobília escolar, horas de trabalho escolar, ginástica e profilaxia das moléstias transmissíveis. Com ele, os edifícios públicos passaram a ser construídos de acordo com as novas normas de higiene, e os grupos escolares, refletindo a nova engenharia sanitária, passaram a constituir valioso exemplo de construções adequadas a seus objetivos.

O Decreto nº 1343, de 27 de janeiro de 1903, atribuiu aos inspetores sanitários a fiscalização da higiene escolar, cabendo aos médicos da Comissão Centro-Oeste do Estado de São Paulo fazer a inspeção ocular dos alunos nas escolas.*

Em 1911, sete anos depois, Francisco Sodré apresentou projeto de lei criando a Inspeção Médica Escolar na cidade de São Paulo, subordinando-a ao Serviço Sanitário.

* Todas estas informações encontram-se no livro de LIMA.⁴⁰

O Decreto nº 2141, de 14 de novembro de 1911, reorganizou o Serviço Sanitário do Estado e criou o Serviço de Inspeção Médica Escolar, que viria a ser dirigido por Balthasar Vieira de Mello, tendo Emílio Ribas como Diretor Geral do Serviço Sanitário. Apresenta-se a seguir alguns artigos deste decreto:

Art. 66 - A inspeção médico-sanitária das escolas será feita na capital, por quatro inspetores sanitários especialmente destacados pelo diretor geral.

Art. 67 - Este serviço fica organizado de modo a compreender os estabelecimentos públicos e os particulares de ensino primário, secundário e profissional tendo por fim:

- a indicação das medidas higiênicas e administrativas, quanto à situação e construção dos prédios escolares;
- a escolha (de acordo com a direção de instrução pública) do mobiliário escolar, dos métodos e processo de ensino, das posições e atitudes escolares, bem como a distribuição das matérias de estudo, das horas de classe, dos recreios e dos exercícios físicos;
- a profilaxia das doenças transmissíveis;
- o exame individual dos docentes, alunos e empregados;
- a vacinação e revacinação do pessoal das escolas.

A lei nº 1.541, de 30 de setembro de 1916, viria a reestruturar a Inspeção Médico-Escolar, transferindo para a Diretoria-Geral a Instrução Pública. Deste modo, transformou-se em uma seção que contava com um médico-chefe (Balthasar Vieira de Mello) e com mais cinco médicos inspetores, designados para atuar na capital do Estado de São Paulo. Em relação ao decreto anterior, propunha a atuação dos inspetores quanto à visão e audição dos escolares, ficando a inspeção dentária a cargo da Associação Paulista de Assistência Escolar. De caráter filantrópico, mantinha sete dispensários dentários, originários das Clínicas Dentárias Escolares, fundadas em 1912 por Balthasar Vieira de Mello, junto aos grupos escolares e, além disso, mais três policlínicas para atendimento gratuito aos alunos necessitados. Introduzia-se assim, no serviço, a

atuação oficial dos dentistas no cenário da saúde escolar paulista.

Em 1917, o Código Sanitário do Estado, sob a direção de Vieira de Mello, passou a editar boletins sanitários com vistas a estabelecer um fluxo de comunicação permanente com os pais dos escolares. Além disto, ativou a participação das professoras que passaram a ser responsáveis pelo preenchimento de uma ficha "antropedagógica" com quesitos sobre atenção, inteligência, memória e comportamento dos alunos e estimulou uma preleção mensal sobre tópicos de higiene individual e coletiva, dirigida aos alunos e realizada por médicos inspetores; por último, mas não menos importante, estabeleceu um sistema de coleta de dados estatísticos sobre saúde bucal.

Nos últimos anos da década de 10, deu-se início a um curso teórico-prático de higiene e puericultura para professores, assim como a um curso de higiene escolar para médicos, ambos anexos à Cadeira de Higiene* da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Com isto pretendia-se ampliar e desenvolver o ensino de higiene escolar e da inspeção médica para se chegar ao tratamento das crianças nas escolas. Pretendia-se, também, preparar os alunos da Faculdade de Medicina que desejassem se especializar para o exercício do cargo de médicos escolares e habilitar as enfermeiras escolares. Estruturou-se assim um sistema voltado especificamente à Inspeção Médica Escolar em São Paulo. Este sistema exigiu a reformulação das escolas normais que, daí em diante, passaram a incluir a cadeira de higiene em seus currículos de ensino.

Na década de 20 acentuou-se a tendência educativa como intervenção social em nosso meio. Alguns fatores contribuíram para isto: o movimento da Escola Nova que, além de possibilitar o maior alcance do tópico saúde escolar, articulou-o mais consistentemente à área de educação; a reforma da escola normal, com a inclusão de disciplinas de higiene e puericultura em seus currículos, ampliando as oportunidades de emprego dos professores dessas cadeiras, assim como de outros envolvidos com a saúde escolar; ao mesmo tempo, concedia-lhes maior autoridade; finalmente, a criação do Instituto de Higiene

* A cadeira de Higiene deu origem à atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

ne e alguns anos depois, dos Centros de Saúde em São Paulo.

Deve-se a CANDEIAS¹⁸ o relato histórico da criação do Instituto de Higiene, parte do qual registraremos aqui para melhor compreensão do tema saúde do escolar. Em 1914, o Conselho Geral da Educação, nos Estados Unidos, propôs às autoridades do país a criação de centros para preparo do pessoal destinado ao ensino, pesquisa e prestação de serviços em Saúde Pública. Formou-se, por isso, um grupo de trabalho com representantes das áreas de Educação, Medicina e Saúde Pública que, após cuidadosa análise, decidiu recomendar a criação, em âmbito universitário, de Faculdades de Higiene e Saúde Pública naquele país. De acordo com esses especialistas, pretendia-se que estas mantivessem estreita relação com Faculdades de Medicina, permanecendo contudo como entidades separadas, cujo núcleo deveria constituir um Instituto de Higiene.

Deve-se à Fundação Rockefeller o crédito de ter sido a instituição internacional que mais influenciou, a partir de 1916 e durante longo período de tempo, não só para elevação dos padrões de formação do pessoal de saúde pública, como também, para o avanço e aperfeiçoamento das técnicas do trabalho sanitário.

Esta fundação passou a proporcionar assistência financeira a diversos países. A primeira instituição a receber auxílio financeiro, fora dos Estados Unidos, foi justamente a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1917. Neste mesmo ano, apresentaram-se sugestões para acordo referente à criação de um Instituto de Higiene anexo à Faculdade de Medicina e Cirurgia. Este foi assinado no dia 9 de fevereiro de 1918.

Desde a sua fundação até 1921, a cadeira de Higiene do referido instituto, foi regida por Samuel Taylor Darling, sendo que, nesta época, foi criado o Laboratório de Higiene do qual este foi o primeiro diretor. Coube a Wilson George Smillie substituí-lo na regência da Cadeira de Higiene, tendo sido portanto o segundo diretor do Laboratório de Higiene. Com o regresso de Smillie para os Estados Unidos, em 1922, passou o estabelecimento a ser dirigido por Geraldo Horácio de Paula Souza, professor catedrático da cadeira de

Higiene da Faculdade de Medicina e, assim, seu primeiro professor efetivo.

Após a extinção do contrato firmado entre o Governo do Estado e a Junta Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller - contrato que fora reformado dois anos antes, por proposta do primeiro e plena aquiescência do segundo - para manutenção do Laboratório da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina por parte desta, foi esse estabelecimento oficializado pela lei nº 2018 de 26 de dezembro de 1924, a qual dispunha sobre a oficialização do Instituto de Higiene. Desta data em diante, deixou o Instituto de Higiene de funcionar como seção da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, constituindo-se em repartição distinta daquela e com atribuições notavelmente acrescidas. Deste modo, passou o referido Instituto a ter, entre outras, as seguintes finalidades: realizar o curso de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, de acordo com as exigências do ensino da cadeira; além disso, ministrar cursos de aperfeiçoamento técnico para funcionários do Serviço Sanitário, de habilitação profissional para enfermeiras e visitadoras de saúde pública e outros que viessem a ser instituídos por lei ou considerados de interesse para o Governo; finalmente, orientar o ensino popular de higiene e o que se denominava na época de "propaganda sanitária".

De 1922 a 1927, refere CANDEIAS¹⁸, Geraldo Horácio de Paula Souza assumiu a Direção Geral do Serviço de Saúde Pública do Estado. Foi quando estudou e promoveu a Reforma do Código Sanitário, a qual se realizou pelo Decreto 3876 de 11 de julho de 1925, aprovado e submetido este a modificações pela Lei 2121 de 30 dezembro desse mesmo ano. Com ela abriram-se novos caminhos para os serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo.

Duas inovações foram então propostas: a primeira foi a criação da Inspetoria de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde e, a segunda, a inclusão do "Curso de Educação Sanitária" no então Instituto de Higiene. O curso dirigia-se a professores primários, regentes de classes, de acordo com o artigo da Lei 2121. Seu objetivo era ministrar conhecimentos teóricos e práticos de higiene, a esses professo

res, para que estes os introduzissem, a partir de uma visão essencialmente preventiva, em Centros de Saúde e Escolas.

No relatório apresentado por Geraldo Horácio de Paula Souza a José Manoel Lobo, em 1925, já constava o regulamento do Curso para Educadoras Sanitárias (não mais Educadores de Higiene) a ser realizado em 1926, pela primeira vez, cujo intuito seria formar professores públicos do Estado para que estes contribuíssem para a disseminação de conhecimentos de higiene entre a população e cooperassem em campanhas profiláticas.

O ensino desse primeiro curso compreendia nove cadeiras: 1ª Noções de Bacteriologia aplicada a Higiene; 2ª Noções de Parasitologia e Entomologia aplicada a Higiene; 3ª Noções de Estatística Vital e de Epidemiologia; 4ª Higiene Pessoal, Nutrição e Dietética; 5ª Higiene Infantil; 6ª Higiene Mental, Social e do Trabalho; 7ª Higiene Municipal e das Habitações; 8ª Ética, Educação e Administração Sanitária; 9ª Princípios e Processos de Enfermagem em Saúde Pública.

Cumprê enfatizar que a atuação das novas auxiliares prendia-se não só aos recém-criados Centros de Saúde, mas também a unidades escolares.

Nos anos 30, as leis e decretos do primeiro quinquênio da década passaram a refletir o clima de instabilidade política da República Nova. São Paulo, centro dos principais entrelaços políticos da época, refletia em sua legislação, por sua vez, a turbulência por que passava. Só o Estado Novo permitiria a elaboração de uma legislação melhor delineada para os setores da saúde e da educação.

Desde 1911, pelo Decreto nº 4891, de 13 de fevereiro, que reorganizou o Serviço Sanitário Estadual, a Inspeção Médica Escolar foi transferida da Diretoria Geral da Instrução Pública para o Serviço Sanitário onde passaria a integrar a Inspetoria de Higiene Escolar e de Educação Sanitária, recém criada. O Decreto nº 5394, de 25 de fevereiro de 1932, criou a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária, diretamente subordinada à Direção Geral do Serviço Sanitário.

Esse serviço estruturou-se a partir daquele já existente sob a Inspetoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária, sendo os artigos do decreto quase que totalmente administrativos. A presença dos dentistas na higiene escolar paulista, datando da década de 10, como se referiu, passou com este decreto, a contar com uma base oficial bastante mais sólida.

O Decreto nº 5828, de 4 de fevereiro de 1933, criou o Departamento da Educação e, nele, o Serviço de Higiene e Educação Sanitária Escolar. O artigo 24 dispôs então as atribuições deste serviço:

- promover a formação da consciência sanitária* dos estudantes;
- facultar o melhor desenvolvimento físico e psíquico e o tratamento mental dos escolares, pela administração de cuidados higiênicos e de ordem médico-pedagógica;
- promover o exame médico sistemático, periódico, geral e especializado (órgãos do sentido etc...) dos escolares da Capital, estendendo-se os serviços ao interior do Estado, à medida que isto se fosse tornando possível;
- promover o necessário fichamento médico-pedagógico e antropométrico dos escolares;
- organizar e fiscalizar as escolas especializadas, escolas maternais, escolas ao ar livre e colônias de férias, encaminhando os escolares que necessitassem de tais recursos;
- promover e fiscalizar a organização do museu e de outros aparelhamentos necessários ao ensino da higiene nas escolas;
- notificar às autoridades sanitárias as ocorrências relativas a moléstias infecto-contagiosas que surgissem no meio escolar, colaborando com aquelas, fazendo vacinações e tomando outras medidas ao seu alcance e à sua requisição;
- velar pela higiene do edifício escolar, obedecendo a legislação sanitária do Estado e acatando às determinações das autoridades sanitárias;
- encaminhar às clínicas escolares do Serviço Sanitário todas as crianças que necessitassem de assistência e tratamento médico.

* Por consciência sanitária, na época, compreendia-se a instrução em higiene.

O Decreto de 1933 incluía médicos especialistas em seu quadro, tais como psiquiatras, oftalmologistas e ortopedistas. Vale ressaltar que, nesta época, três grupos profissionais trabalhavam na área da saúde escolar: médicos, dentistas e educadores sanitários, grupos que, é justo reconhecer, constituíram a base de organização dos serviços escolares futuros. Estes seriam acrescidos mais tarde, pelo grupo de nutricionistas.

Somente em 1938, contudo, seria criado o Serviço de Saúde Escolar e organizado de forma mais condizente com a abrangência das propostas apresentadas pelos sanitaristas. Esta evolução foi fruto mais da atividade legislativa da União, do que propriamente da evolução interna do Estado. Vejamos porquê. A partir de 1930, o Governo Federal passaria a liderar as iniciativas nos setores relacionados à questão social, atividade que se intensificaria a partir de 1937 com o Estado Novo. O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde foi criado em 1930; em 1934, criou-se a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, a partir da antiga Inspetoria de Higiene Infantil; em 1937 a Diretoria passou à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, criando-se o Instituto Nacional de Puericultura.

O Decreto Estadual nº 9.255 de 22 de junho de 1938, criou (recriava) o Departamento de Educação, o qual subordinava-se à Diretoria do Serviço de Saúde Escolar, organizada. A Assistência Odontológica permaneceria ainda separada do Serviço de Saúde Escolar, na Inspetoria Geral do Serviço Dentário Escolar, diretamente subordinada, esta, ao Diretor Geral do Departamento de Educação.

A organização do Serviço de Saúde Escolar foi confirmada pelo Decreto nº 17.698 de 26 de novembro de 1947, vindo a ser substancialmente modificada pelo Decreto nº 7.510 de 29 de janeiro de 1976, que viria a substituir o Serviço de Saúde Escolar, dando lugar ao Departamento de Assistência ao Escolar (DAE).

De especial significado para o presente estudo, pela Lei Federal 5692 de 1971, o Ensino da Saúde tornou-se

oficial nas escolas de 1º e 2º graus, sob a denominação de Programas de Saúde, integrado à área de Ciências, como parte do denominado Núcleo Comum, obrigatório em âmbito nacional.

No Estado de São Paulo, com a finalidade de estruturar a Escola de 1º grau com oito anos de duração e com vistas à unidade e continuidade do Ensino, a Secretaria da Educação distribuiu os Guias curriculares propostos para as matérias do núcleo comum do ensino do 1º grau, dentre os quais o correspondente a "Programas de Saúde".

Torna-se pertinente destacar aqui alguns aspectos que nortearam a elaboração da proposta relativa ao ensino da saúde:

- 1- Visão global, bio-psico-social de saúde, segundo a qual a saúde está relacionada com o ambiente de vida e neste devem ser considerados, além do ambiente físico, o ambiente econômico, social, cultural e psico-social.
- 2- Visão preventista, onde os aspectos multisais dos fenômenos saúde-doença devem ser considerados para a prevenção dos agravos e para a manutenção do estado de saúde.

A fim de que os professores pudessem desenvolver o ensino de "Programas de Saúde", segundo os objetivos propostos na Lei 5692, em 1975 elaborou-se o respectivo Guia Curricular. Em 1976, a Secretaria do Estado da Educação de São Paulo, sob a coordenação do então Centro de Recursos Humanos e Pesquisas Educacionais "Prof. Laerte Ramos de Carvalho", realizou encontros a nível regional com todos os professores do 1º grau da rede estadual de ensino para a divulgação dos Guias Curriculares.

Posteriormente, em 1978/9, dentro do cronograma de cursos de Ciências do 1º grau da Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas- CENP -, órgão da Secretaria do Estado da Educação de São Paulo, verificou-se a necessidade de elaborar um documento sobre "Programas de Saúde", que subsidiasse

se a ação docente. Esse documento foi redigido e editado em edição preliminar em 1980, sob a responsabilidade da mesma equipe que organizou o Guia Curricular, "Subsídios para a implementação do guia curricular de Programas de Saúde do 1º Grau", que, de início, foi publicado parcialmente. No segundo semestre de 1982, entretanto, foi publicado integralmente, tendo então sido distribuído na rede de ensino do 1º grau do Estado de São Paulo.⁵⁴

Representam estes alguns pontos de significativo interesse para quem desejar fazer um estudo histórico cuidadoso a respeito da Educação em Saúde na Escola em nosso meio.

Feitas estas considerações de caráter legislativo, apresentam-se a seguir os objetivos do presente estudo.

II. OBJETIVOS

II - OBJETIVOS

Objetivo Geral

Dar subsídios para o planejamento dos Guias Curriculares de Programas de Saúde Bucal para escolares do 1º grau das escolas da rede de ensino da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo.

Objetivos Específicos

1- Descrever as características sócio-edmográficas de escolares inscritos na 8ªs séries do 1º grau das escolas estaduais da Divisão Regional de Ensino 3 da Capital - DRECAP-3.

2- Analisar o nível de conhecimentos dos escolares das 8ªs séries do 1º grau na área da Saúde Bucal.

3- Estudar algumas práticas dos escolares em relação à Saúde Bucal.

III. METODOLOGIA

III - METODOLOGIA

Amostra

No período durante o qual se realizou o presente estudo, o Estado de São Paulo estava dividido administrativamente em regiões que, na organização da Secretaria da Educação, receberam o nome de Divisões Regionais de Ensino (DRE), em número de 18, às quais se subordinavam 114 Delegacias de Ensino, cada qual com suas respectivas unidades escolares.

As 7 DREs da região da Grande São Paulo faziam parte da Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo (COGSP). As outras 11 DREs juridicionavam-se à Coordenadoria de Ensino do (Região Metropolitana) Interior.* Figura 1.

O estudo foi realizado em 38 escolas do Município de São Paulo, especificamente na Delegacia Regional de Ensino da Capital, DRECAP-3, onde se localizam 306 estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus (ver Anexo 1).

Selecionou-se a DRECAP-3 por esta representar, no período em que se realizou o estudo, área geográfica de interesse experimental para o Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria do Estado da Educação.

* Fonte: D.A.E. Departamento de Assistência ao Escolar, ano de 1984.

De acordo com os objetivos estabelecidos, o universo de estudo foi constituído pela totalidade dos alunos da 8ª série do 1º grau dos estabelecimentos estaduais pertencentes à DRECAP-3, no ano de 1984. Desta totalidade, selecionou-se uma amostra equiprobabilística de escolares, mediante a aplicação de uma amostragem por etapa dupla.

Amostragem de Classes

Na primeira etapa, tomou-se cada escola que tivesse a 8ª série como unidade primária de amostragem. Na DRECAP havia 306 escolas nessas condições. Destas, selecionaram-se 40, aplicando-se uma amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho e entendendo-se como tamanho da escola o número de classes de 8ª série nela existentes.

Na segunda etapa, em cada uma das escolas selecionadas na primeira etapa, tomaram-se, como unidades secundárias de amostragem, as classes de 8ª séries aí existentes.

Aplicou-se então uma amostragem sistemática com intervalo igual ao tamanho da escola correspondente. Todos os alunos matriculados nas classes sorteadas passaram a constituir, assim, a amostragem do universo em estudo.

Na primeira etapa, a amostragem de escolas com probabilidade proporcional ao número de classes da 8ª série foi:

$$\frac{40 \text{ Ci}}{712}$$

Ci = número de classes de escolas

Ci = 712 classes

Na segunda etapa, elecionou-se uma escola das Ci classes da escola sorteadas, tendo-se concedido a cada classe igual probabilidade de sorteio. Portanto, ao sortear-se a escola i, cada classe passou a ter probabilidade $\frac{i}{Ci}$ de ser sorteada.

A probabilidade global de cada classe pertencer a amostra de classes pode ser descrita da seguinte forma:

$$\frac{40 \text{ Ci}}{712} \times \frac{1}{\text{Ci}} = \frac{40}{712}$$

Precisão Desejada

Para análise deste trabalho, incluíram-se, no universo de estudo, as 16 categorias de alunos obtidas, considerando-se as seguintes variáveis: idade, sexo e turno. Em cada um dos grupos etários 5-14 anos, 15 anos, 16 anos, 17 anos e mais, considerou-se quatro categorias definidas por sexo e turno (diurno e noturno).

Nas estimativas a serem feitas para cada categoria, desejou-se que a precisão fosse, de tal maneira, que o desvio (tomado em valor absoluto) do valor encontrado na amostra, em relação ao verdadeiro valor referente a essa categoria, não ultrapassasse 15% com um risco de, no máximo, 5% desse desvio superar a margem desejada.

Tamanho da Amostra em cada Categoria

O tamanho da amostra em cada categoria do estudo com tal precisão foi dada por:

$$N = \frac{PQZ^2}{d^2}$$

onde:

P = proporção

Q = 1 - P

d = 15% margem de erro

Z = 1,96 (porcentagem da norma reduzida que responde ao nível de confiança de 95%).

Desta forma

$$N = \frac{PQ \cdot 1,96^2}{0,15^2}$$

O tamanho da amostra, que proporcionaria uma precisão no mínimo igual àquela fixada, foi dado admitindo-se que:

$$P = 50\%, \text{ ou seja}$$

$$N = \frac{0,5^2 \times 1,96}{0,15^2} = 42,68 \approx 43$$

Desta forma, o tamanho da amostra por categoria passou a ser igual a 43.

Tamanho da Amostra Global

Conforme estimativa feita, sendo 4,07% a categoria menos freqüente no presente estudo, o tamanho da amostra global passou a ser igual ao valor 1057, ou seja:

$$43 \div 0,0407 = 1056,51 \approx 1057$$

Admitindo-se que a medida de homogeneidade dentro dos conglomerados (cllasses de alunos) seja aproximadamente nula, o tamanho da amostra, quanto ao número de classes, foi calculado aplicando-se o processo de amostragem aqui descrito. Selecionaram 40 classes de 8ª série, dentre as 712 classes existentes na DRECAP-3, em 1984. A distribuição desta amostra de classes, segundo sexo, idade e turno está registrada nas Tabelas 5 e 6.

A distribuição dos alunos segundo critérios de idade, sexo e turno foi estimado aplicando-se: a) distribuição que consta na Tabela 5, b) as freqüências contidas nas caselas da Tabela 6.

Estimativas análogas teríamos para cada casela da Tabela 5. Entretanto, dado que nesta tabela a categoria menos freqüente corresponde a alunos do sexo masculino com 16 anos de idade, verificou-se de antemão que, na distribuição de alunos segundo idade, sexo e turno, de acordo com a forma descrita, a menor freqüência corresponderia a alunos do sexo masculino, com 16 anos, freqüentando o turno diurno, categoria esta equivalente a 4,7% da totalidade dos alunos, ou seja, $940^* \div 23,124 = 0,040654$ ou 4,7%.

* Vide Tabela 7.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS SEGUNDO SEXO E IDADE NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	IDADE				TOTAL
	14	15	16	17	
MASCULINO	2.967	2.307	1.934	3.731	10.939
	12.83%	9.99%	8.36%	16.13%	47.31%
FEMININO	3.812	2.593	2.006	3.774	12.185
	16.49%	11.21%	8.67%	16.32%	52.69%
TOTAL	6.779	4.900	3.940	7.505	23.124
	29.32%	21.19%	17.04%	32.46%	100.00%

Fonte: Centro de Informações Educacionais (CIE), Dados de 1983.

TABELA 6 - ESTIMATIVA DAS DISTRIBUIÇÕES DOS ALUNOS NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	Nº DE ALUNOS	
Manhã	10.859	48.61%
Noite	12.265	51.39%
TOTAL	23.124	100.00%

Fonte: Centro de Informações Educacionais (CIE), Dados de 1983.

Desta forma, para a categoria constituída por alunos do sexo masculino e com 16 anos (Tabela 7), utilizaram-se as estimativas contidas na Tabela 6.

TABELA 7 - ESTIMATIVAS DAS DISTRIBUIÇÕES DOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	NÚMERO DE ALUNOS (ESTIMATIVA)
Manhã	$1934 \times 48,61\% = 940$
Noite	$1934 \times 51,39\% = 994$
TOTAL	1.934

Fonte: Centro de Informações Educacionais (CIE), Dados de 1983.

Método Utilizado na Coleta de Dados: "Survey"

O presente estudo utilizou o método de "survey" por exigir a coleta sistemática de dados de uma amostra de população constituída por escolares das 8^{as} séries do 1º grau das escolas estaduais, da DRECAP-3, São Paulo.

De acordo com as considerações de OPPEINHEIM⁵² e de MOSER e KALTON⁴⁸, o "survey" inclui uma parte descritiva e uma parte analítica, pressupondo esta o estudo das relações entre as variáveis em estudo.

Utilizou-se, para tanto, questionário com 136 perguntas fechadas e cinco abertas (Anexo 4). O questionário baseou-se, em parte, no material contido nos Programas de Ensino de Saúde Bucal elaborado pela American Dental Association⁶, 7, 8, 9, 10.

A primeira parte do questionário incluiu perguntas referentes às características sócio-demográficas dos

inquiridos.* Incluíram-se também perguntas que visaram a medir o grau de importância atribuído pelos alunos a aspectos pessoais, dentre estes, os dentes.

As outras questões prenderam-se a conhecimentos e práticas de interesse para a saúde bucal.

Coleta de Dados

Uma vez definido e elaborado, o conteúdo do questionário foi submetido à apreciação de especialistas nas áreas pertinentes. Fez-se então a revisão do conteúdo para, a seguir, realizar o pré-teste do instrumento. Este ocorreu em escola não incluída entre as unidades onde se realizaria o estudo. Após esta fase exploratória, aplicaram-se os questionários na amostra constituída por alunos das 8^{as} séries do 1º grau de 38 escolas estaduais, localizadas na Divisão Regional de Ensino 3 da Capital (DRECAP-3).

Entrevistaram-se alunos presentes nas datas em que os questionários foram aplicados, perfazendo um total de 989.

A redução da amostra de 1057 para 989 decorreu de circunstâncias inevitáveis. Durante o processo de levantamento de dados, verificou-se ser impossível atingir o valor determinado, por ausência de alunos, por recusa imediata, por entrega de questionários não preenchidos ou preenchidos de maneira incorreta.

A relação das escolas onde foi realizado o levantamento encontra-se em anexo (Anexo 2).

O levantamento de dados contou com a colaboração de cinco educadoras de saúde da Secretaria do Estado da Educação de São Paulo, previamente treinadas para realizar a atividade em pauta.

Variáveis Seleccionadas

Variáveis Independentes

* Parte das perguntas foram retiradas do questionário utilizado por Pilon, A.F. in. Desenvolvimento na Adolescência-Sexualidade, Integração com os Pais, Companheiros e Sexo Oposto. São Paulo, 1984. v. 1, Anexo 1, [Tese Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP].

Sexo

Turno em que estuda

Variáveis Dependentes

Conhecimentos na área de Saúde Bucal

Práticas em relação à Saúde Bucal

Hipóteses

Hipótese 1

A proporção dos alunos do sexo feminino, com conhecimentos corretos na área de saúde bucal, é maior do que a proporção de alunos do sexo masculino na área de saúde bucal.

Hipótese 2

A proporção de alunos do sexo feminino, com práticas adequadas de saúde bucal, é maior que a proporção de alunos do sexo masculino com práticas adequadas de saúde bucal.

Hipótese 3

A proporção de alunos do turno diurno, com conhecimentos corretos na área de saúde bucal, é maior do que a proporção de alunos do turno noturno com conhecimentos corretos nesta área.

Hipótese 4

A proporção de alunos do turno diurno, com práticas positivas na área de saúde bucal, é maior do que a proporção de alunos do turno noturno com práticas positivas nessa mesma área.

Análise Estatística

Tendo em vista a natureza do presente estudo, optou-se pela aplicação de um teste não paramétrico. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado em tabelas de associação.

Os testes estatísticos realizaram-se a nível de significância de 5%. Sendo assim, todo o resultado dito significante, é estatisticamente significante a nível de 5%.

Além das tabelas cujos dados são estatisticamente significantes, incluíram-se outros em que o qui-quadrado calculado não atingiu valor significativo. Isto porque considerou-se oportuno divulgar os mesmos.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

Descrição das Características Sócio-Demográficas da Amostra.

Para descrever os alunos inquiridos, levantaram-se dados dos pais, trabalho dos alunos, frequência no período diurno e noturno e sexo, tal como se apresenta nas tabelas a seguir.

Idade por Turno

A Tabela 8 permite observar a distribuição dos alunos do turno diurno de acordo com a idade. Estes dados evidenciam a maior frequência de alunos com 14 e com 15 anos de idade, 36,3% e 34,0% respectivamente, alcançando estas duas faixas etárias o valor de 70,3%, dentro de limites de variação que oscilam de 12 a 21 anos. A média é de 15 anos e a moda de 14 anos, equivalendo a mediana a 16,5 anos.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO DE ACORDO COM A IDADE, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

IDADE EM ANOS	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
12	1	0,2	0,2
13	12	2,3	2,5
14	186	36,3	38,9
15	174	34,0	72,9
16	72	14,1	86,9
17	51	10,0	96,9
18	13	2,5	99,4
19	1	0,2	99,6
20	1	0,2	99,8
21	1	0,2	100,0
TOTAL	512	100,0	100,0

Média = 15,0

Moda = 14,0

Mediana = 16,5

A Tabela 9, a seguir, apresenta a distribuição dos alunos do turno noturno, também de acordo com a faixa etária. Como se observa, há maior concentração de alunos nos grupos de 16 anos, 21,7%, e de 17 anos, 20,8%.

A variação de idades, neste caso, vai dos 14 aos 37 anos, sendo a média 17,2, a moda 16,0 e a mediana 22,5 anos.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO DE ACORDO COM A IDADE, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 1984.

IDADE EM ANOS	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
14	21	4,5	4,5
15	80	17,2	21,7
16	101	21,7	43,3
17	97	20,8	64,2
18	57	12,2	76,4
19	38	8,2	84,5
20	30	6,4	91,0
21	12	2,6	93,6
22	7	1,5	95,1
23	7	1,5	96,6
24	7	1,5	98,1
25	1	0,2	98,3
26	3	0,6	98,9
27	1	0,2	99,1
28	1	0,2	99,4
29	1	0,2	99,6
30	1	0,2	99,8
37	1	0,2	100,0
TOTAL	468	100,0	100,0

Média = 17,2

Moda = 16,0

Mediana = 22,5

Como seria de esperar, há maior variabilidade de idade entre os alunos do curso noturno, os valores oscilando entre 14 e 37 anos, do que entre os alunos do diurno, cuja variação limita-se a 12 e 21 anos.

Sexo por Turno

As Tabelas 10 e 11 referem-se à distribuição dos alunos dos períodos diurno e noturno, de acordo com o sexo. A Tabela 10 mostra a predominância de alunos do sexo feminino no turno diurno - 61,7% - em relação aos alunos do sexo masculino - 38,3% - nesse mesmo turno.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO, POR SE-
XO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTA-
DUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
Masculino	196	38,3	38,3
Feminino	316	61,7	100,0
TOTAL	512	100,0	100,0

No turno noturno a distribuição por sexo apresenta-se mais homogênea, sendo 54,3% dos alunos do sexo masculino e 45,7% do sexo feminino.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, POR SE-
XO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTA-
DUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
Masculino	254	54,3	54,3
Feminino	214	45,7	100,0
TOTAL	468	100,0	100,0

Nota-se, pois, a predominância de alunos do sexo feminino nas classes diurnas (61,7%) e de alunos do sexo masculino nas classes noturnas (54,3%).

Moradia por Turno

Como se observa na Tabela 12, 85,0% dos alunos (435) do turno diurno residem com ambos os pais, enquanto que 15,0 (77), de acordo com as respostas registradas, moram: com o pai e a madrasta; com a mãe e padrasto; só com o pai; só com a mãe; com parentes; sem nenhum dos pais; com outras pessoas sem os pais e parentes e, finalmente, sozinhos.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO DIURNO, DE ACORDO COM A MORADIA COM OS RESPONSÁVEIS, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

COM QUEM MORAM OS ALUNOS	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
Moram com ambos os pais	435	85,0	85,0
Moram apenas com um dos pais/ sem nenhum dos pais	77	15,0	100,0
TOTAL	512	100,0	100,0

De acordo com a Tabela 13, dos 468 do turno noturno, 75,4% (353) moram com os pais e 24,6% (115) com outras pessoas que não o pai e a mãe, segundo o padrão acima descrito.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DE ACORDO COM A MORADIA COM OS RESPONSÁVEIS, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

COM QUEM MORAM OS ALUNOS	NÚMERO DE RESPOSTAS OBTIDAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
Moram com ambos os pais	353	75,4	75,4
Moram apenas com um dos pais/ sem nenhum dos pais	115	24,6	100,0
TOTAL	468	100,0	100,0

Nível de Escolaridade do Pai

Quanto ao nível de escolaridade do pai dos alunos do turno diurno, pode-se observar, na Figura 2, que 6,0% não possuem nenhum curso, 38,0% completaram o antigo primário, 22,4% o antigo ginásio, 18,6% o colegial, sendo 15,0% de nível universitário.

Complementando estes dados, 17,9% dos pais dos alunos do turno noturno não possuem nenhum curso, 52,5% frequentaram o antigo primário, 18,6% o antigo ginásio, 8,2% o colegial ou equivalente, 2,8% tendo curso universitário. (Figura 3).

Pode-se observar que, tanto no turno diurno quanto no noturno, o nível de escolaridade que apresenta a maior frequência é o antigo primário com 38,0% no turno diurno e 52,5% no turno noturno.

O turno noturno apresenta a maior frequência entre os que não possuem nenhum curso, 17,9%, em comparação com o turno diurno, onde se encontram 6,0% dos pais sem nenhum curso. Quanto ao curso universitário, o turno noturno apresenta frequência bem menor, 2,8%, do que no diurno, onde

FIGURA 2. NIVEL DE ESCOLARIDADE DO PAI DE ALUNOS DO TURNO DIURNO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

FIGURA 3. NIVEL DE ESCOLARIDADE DO PAI DE ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

o valor alcança 15,0%. É pois marcante a diferença no nível de escolaridade dos pais de alunos do diurno e do noturno.

Nível de Escolaridade da Mãe

Apresentam-se, a seguir, dados relativos à escolaridade das mães desses mesmos alunos.

De acordo com a Figura 4, 6,0% das mães do turno diurno não possuem nenhum curso, 50,3% terminaram o antigo primário, 23,1% o antigo ginásio, 14,0% o colegial, ou equivalente, e 6,6% o curso universitário.

Quanto às mães dos alunos do turno noturno, 19,7% não fizeram nenhum curso, 56,8% tem apenas o antigo primário, 16,9% o antigo ginásio, 5,3% o colegial ou equivalente, e 1,3% o curso universitário (Figura 5).

Como se observa, quanto aos dados sobre escolaridade da mãe, tanto no turno diurno quanto no noturno, predominam mães com o antigo primário, ou seja, 56,8% no noturno e 50,3% no diurno.

O grupo de mães que não possuem nenhum curso é maior no período noturno, 19,7%, correspondendo a 6,0% no diurno. Quanto ao nível universitário, a frequência é maior no turno diurno, 6,6%, que no noturno, 1,3%.

Quer isto dizer, portanto, que as características de instrução do pai e da mãe são análogas, tanto no turno diurno, quanto no turno noturno.

Horas de Trabalho dos Alunos

No que se refere a trabalho, 10,2% dos alunos do turno diurno declararam trabalhar enquanto que, no turno noturno, tal proporção alcança o elevado valor de 70,5% do total de alunos (Figura 6).

Entre os alunos do turno noturno que declararam trabalhar, 45,7% afirmaram trabalhar 9 h/dia, 38,4% 8 h/dia e 15,9% 6 h/dia (Figura 7).

FIGURA 4. NIVEL DE ESCOLARIDADE DA MAE DE ALUNOS DO TURNO DIURNO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

FIGURA 5. NIVEL DE ESCOLARIDADE DA MAE DE ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

Para efeito de complementação desse aspecto, a Figura 8 mostra estes mesmos dados, da população economicamente ativa, porém, agora, em termos de sexo. Neste item, 49,9% dos alunos do sexo masculino declararam trabalhar, o mesmo ocorrendo com 30,8% dos alunos do sexo feminino.

Quanto ao número de horas de trabalho, entre os alunos do sexo masculino economicamente ativos, 17,7% trabalham 6 h/dia, 34,9% 8 h/dia e 47,4% 9 h/dia (Figura 9).

Dos alunos do sexo feminino que declararam trabalhar, 20,6% trabalham 6 h/dia, 34,9% 7 h/dia e 44,5% 9 h/dia (Figura 10).

Embora não tivesse havido a intenção de levantar dados mais completos sobre o nível sócio-econômico dos alunos em estudo, o que implicaria de início na coleta de dados sobre renda mensal per capita, é pertinente tentar interpretar essa mesma dimensão apenas a partir dos dois indicadores aqui explícitos - escolaridade do pai por turno e trabalho dos alunos por turno e sexo. Torna-se evidente que os alunos do turno noturno parecem representar um nível sócio-econômico inferior no seguinte sentido: pais com escolaridade mais baixa - 17,9% não possuem nenhum curso, em comparação com o turno diurno, onde 6,0% dos pais possuem nenhum curso. Quanto às mães, 6,0% não frequentaram a escola, no diurno, elevando-se o valor para 19,7% no período noturno.

Em relação à formação universitária, 15,0% dos pais do turno diurno alcançam tal nível de escolaridade, enquanto que, no turno noturno, tal proporção é apenas de 2,8%. Quanto às mães, apenas 1,3% têm nível universitário, no período noturno; no período diurno, 6,6% das mães apresentam nível universitário.

No que se refere a trabalho, 70,5% dos alunos do turno noturno declararam trabalhar. Entre os alunos do turno diurno decresce a proporção dos que trabalham, sendo o valor igual a 10,2% (Figura 6).

FIGURA 6. TOTAL DE ALUNOS QUE TRABALHAM, POR TURNO, DAS 8.
SÉRIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3,
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

FIGURA 7. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO TURNO NOTURNO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

FIGURA 8. TOTAL DE ALUNOS, POR SEXO, QUE TRABALHAM, DAS 8.
SÉRIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECÁP-3,
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

FIGURA 9. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

FIGURA 10. TOTAL DE HORAS DE TRABALHO DOS ALUNOS DO SEXO FEMININO, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

▨	6
▩	8
□	9

Por sexo, 49,9% dos alunos do sexo masculino declararam trabalhar. A proporção de alunos do sexo feminino com atividade remunerada é de 30,8% (Figura 8).

Ressaltamos o fato de que, no turno diurno, há predominância dos alunos do sexo feminino, 61,7%, em relação a 38,3% de alunos do sexo masculino. No turno noturno a proporção é mais equilibrada, contando com 54,3% de alunos do sexo masculino e 45,7% do sexo feminino. (Tabelas 10 e 11).

Conhecimento dos Alunos por Turno

Para fins de análise das questões, agruparam-se as respostas nas Tabelas 14, 15, 16, 17 e 18 do seguinte modo: Correto - quando o aluno assinalou corretamente a questão; Insuficiente - quando o aluno não assinalou todos os itens corretos; Desconhecido - quando o aluno não preencheu a questão ou declarou não saber.

Nas Tabelas 20 a 30 agruparam-se as respostas Certas, por um lado, e as respostas Erradas e Desconhecidas, por outro. Nas Tabelas 32 a 39 foram agrupadas as respostas declaradas Fáceis, assim como as declaradas Difíceis e sem respostas (Desconhecidas).

A Tabela 14 descreve as respostas dos alunos quanto a conhecimentos relacionados à prevenção de problemas bucais.

TABELA 14 - CONHECIMENTOS DOS ALUNOS QUANTO A PREVENÇÃO DE PROBLEMAS BUCAIS DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRE-CAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	INDICADO PARA PREVENIR PROBLEMAS BUCAIS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS INCORRETAS INSUFICIENTES DESCONHECIDAS
	CORRETO	INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO		
Diurno	184	325	509	0,638
Noturno	135	329	464	0,709
TOTAL	319	654	973	0,672

Qui-quadrado calculado = 5.16

Como mostra a Tabela 14, a proporção de erro, 70,9%, é maior entre os alunos do turno noturno, decrescendo o valor para 63,8% no grupo de alunos do turno diurno.

Considerando o teor da Lei 5692/71, que torna obrigatório o Ensino da Saúde neste país, como se salientou anteriormente, surpreende o fato de 67,2% dos alunos, de ambos os turnos, deixarem a escola, ignorando totalmente a importância destas três práticas para a prevenção dos problemas bucais. Considerando-se a discussão de VIEGAS⁶⁵, PINTO⁵³, UCHOA⁶⁴, entre outros, pode-se imaginar o quanto decresceria este problema se estas práticas pudessem ser adotadas em nosso meio. Cumpre ressaltar aqui, contudo, que em decorrência do baixo nível econômico de grandes contingentes populacionais em nosso meio, significativa parte não tem sequer a possibilidade de adquirir escovas de dente e, assim, de adotar esta prática,

Ainda de acordo com o turno, a Tabela 15 registra a resposta dos alunos à pergunta 122 do questionário, a qual se refere à identificação da placa dental.

TABELA 15 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A IDENTIFICAÇÃO DA PLACA DENTAL DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRE-CAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	IDENTIFICAÇÃO DA PLACA DENTAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS INCORRETAS INSUFICIENTES DESCONHECIDAS
	CORRETO	INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO		
Diurno	69	440	509	0,864
Noturno	34	429	463	0,926
TOTAL	103	869	972	0,894

Qui-quadrado calculado = 9,23

A resposta correta, no que diz respeito à identificação da placa dental, é, exclusivamente, o evidenciador de placa. Como se observa, tal como ocorreu com os dados registrados na tabela anterior, a proporção de erro é extraordinariamente elevada - 92,6% entre os alunos do turno noturno e 86,4% entre os alunos do diurno. Note-se que, do total, 89,4% dos inquiridos ignoram o evidenciador de placa.

Seria desejável que, durante suas aulas, os professores pudessem aplicar pelo menos uma vez o revelador de placa em seus alunos. Este é extremamente prático e revela claramente a placa, de difícil percepção. Em solução ou em pastilhas, é produzido com base em fucsina a 0,5% ou eritrosina a 1,5%. Usado e discutido com os alunos em classe, o revelador de placa teria certamente um inestimável valor didático e contribuiria assim para melhorar o nível da saúde bucal em nosso meio.

TABELA 16 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A ESCOVAÇÃO DOS DENTES, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	É SUFICIENTE ESCOVAR OS DENTES PELA MANHÃ		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS INCORRETAS INSUFICIENTES DESCONHECIDAS
	CORRETO	INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO		
Diurno	76	434	510	0,850
Noturno	119	339	458	0,740
TOTAL	195	773	968	0,798

Qui-quadrado calculado = 17,73

Ao contrário do que ocorreu com outras respostas, a proporção de alunos do turno diurno, que respondeu erradamente, 85,0%, é maior do que a proporção dos alunos do turno noturno, decrescendo o valor para 74,0%. Surpreende, contudo, o fato de 773 (79,8%) ignorarem não ser suficiente escovar os dentes apenas antes do tomar o café da manhã (Tabela 16).

A relação ingestão de alimentos, ataque ácido e formação de cáries demonstra claramente a necessidade de não só controlar a ingestão de alimentos cariogênicos, como também de escovar os dentes após a ingestão de alimentos. Vale a pena ressaltar, entretanto, que o fato de se escovar os dentes várias vezes por dia não significa que estejam estes suficientemente limpos. A maneira e o tempo de escovação, assim como o tipo de escova utilizada, são fatores que devem ser considerados e discutidos em classe. Vejamos as respostas dos alunos quanto a este último aspecto.

TABELA 17 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO AO TIPO DE ESCOVA DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	TIPO DE ESCOVA A SER USADA		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS INCORRETAS INSUFICIENTES DESCONHECIDAS
	CORRETO	INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO		
Diurno	245	264	509	0,518
Noturno	242	219	461	0,475
TOTAL	487	483	970	0,497

Qui-quadrado calculado = 1,67

Segundo a Tabela 17, 51,8% dos alunos do turno diurno erraram quanto ao tipo de escova recomendada para uma boa higiene bucal. A proporção de alunos do turno noturno que erraram é de 47,5%. O total de alunos que desconhecem que a escova de dentes deva ser macia alcança o valor de 49,7% dos alunos.

A proporção de alunos do turno diurno que desconhecem a necessidade de utilizar a escova de dentes e o fio dental, para obter um bom nível de higiene bucal, chega a 21,9%. Entre os alunos do turno noturno é maior o nível de desconhecimento, já que 29,8% dos alunos desconhecem tal necessidade (Tabela 18).

TABELA 18 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO AO USO SIMULTANEO DA ESCOVA DE DENTES E FIO DENTAL, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO
	CORRETO	INCORRETO INSUFICIENTE DESCONHECIDO		
Diurno	395	111	506	0,219
Noturno	325	138	463	0,298
TOTAL	720	249	969	0,256

Qui-quadrado calculado = 7,43

Como a utilização correta do fio dental e da escova de dentes é essencial para a remoção da placa, evitando consequentemente problemas bucais, torna-se flagrante a necessidade do ensino dessas duas práticas para os alunos do primeiro grau.

Finalmente, a Tabela 19 permite ter uma visão de conjunto dos resultados, apresentados anteriormente de forma isolada.

TABELA 19 - DESCONHECIMENTO QUANTO A DIVERSOS ASPECTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE BUCAL, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TÓPICOS	PROPORÇÃO DE DESCONHECIMENTO		TOTAL DA PROPORÇÃO DE DESCONHECIMENTO DE AMBOS OS TURNOS
	DIURNO	NOTURNO	
Prevenção de problemas bucais	63,8	70,9	67,2
Identificação da placa	86,4	92,6	89,4
Escovação dos dentes	85,0	74,0	79,8
Tipo da escova	51,8	47,5	49,7
Uso da escova de dentes e fio dental	21,9	29,8	72,8

Como se observa na Tabela 19, com exceção de dois itens (escovação de dentes e tipo de escova), é maior o grau de desconhecimento dos alunos do período noturno do que o grau de desconhecimento dos alunos do período diurno - confirmando a Hipótese 3. É lamentável observar que significativa parcela dos alunos, de ambos os turnos, completarão o primeiro grau com grande desconhecimento de importantes assuntos relacionados à Saúde Bucal, conhecimentos estes que são de extrema importância na prevenção de problemas nessa área.

Conhecimento dos Alunos por Sexo

As tabelas a seguir mostram os resultados estatisticamente significantes das respostas dos alunos, de acordo com o sexo.

TABELA 20 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE PLACA DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	68	374	442	0,846
Feminino	48	476	524	0,908
TOTAL	116	850	966	0,879

Qui-quadrado calculado = 8,21

Como se observa na Tabela 20, a proporção de respostas erradas quanto ao que seja a placa dental (ver pergunta 97, no questionário anexo) é significativamente maior no grupo de alunos do sexo feminino. A análise das diferenças percentuais mostra o valor de 84,6% para os alunos do sexo masculino e 90,8% para os alunos do sexo feminino. Mais importante do que a própria diferença entre as duas categorias é o fato de, no total, 87,9% (850) dos alunos deixarem as escolas ignorando aspectos da maior importância para a saúde bucal. Segundo NAVIA⁴⁹, o sistema bacteriano, encon-

trado nas superfícies dos dentes, é amplamente responsável pelo desenvolvimento de doenças bucais específicas. Cárie dental e doenças periodontais são exemplos das duas principais enfermidades da cavidade bucal, influenciadas pela atividade patológica da placa dental.

Os programas preventivos, destinados a controlar e erradicar doenças da cavidade bucal, têm se fundamentado no conhecimento sobre natureza e propriedade bioquímicas da placa, de acordo com estudos que procuram interferir com os processos que determinam a patogenicidade da placa.

Programas desta natureza baseam-se no reconhecimento de que os processos patológicos bacterianos são ampliados pelo aumento da virulência e do número de agentes etiológicos, sendo retardados pela melhoria da resistência do hospedeiro. Portanto, os programas preventivos devem destinar-se não somente ao controle da placa, o principal agente etiológico, mas também ao aumento da resistência dos tecidos bucais contra agentes patogênicos.⁴⁴ Quanto a isto, é importante citar os estudos feitos por AXELSSON¹¹ nos efeitos do controle da placa dental e de suas correlações entre cárie dental e gengivite em escolares.

Tendo como esquema de referência estas observações, é lamentável observar que, 84,6% dos alunos do sexo masculino e 90,8% dos alunos do sexo feminino terminaram o primeiro grau sem adquirir pelo menos os conhecimentos corretos sobre os efeitos da placa dental, assunto este de extrema importância para a prevenção da cárie dental e da doença periodontal.

Um programa de Saúde Bucal, onde tal assunto fosse discutido com os alunos, seria pois da maior importância, tendo em vista não só o teor do problema em pauta, amplamente revelado na literatura especializada, como o grande número de alunos do primeiro grau que surpreendentemente desconhecem totalmente o que seja placa dental.

A Tabela 21 permite observar a proporção de respostas erradas quanto à halitose. Em relação a esta, a proporção de respostas erradas, tal como ocorreu na tabela an

terior, é significativamente maior entre o grupo de alunos do sexo feminino (96,1%). Chama a atenção o fato de 94,1% dos alunos ignorarem aspectos relacionados com o mau-hálito.

TABELA 21 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE HALITOSE DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	37	410	447	0,917
Feminino	20	505	525	0,961
TOTAL	57	915	972	0,941

Qui-quadrado calculado = 7,94

As causas bucais são as mais comuns no aparecimento da halitose: processos cariosos e todas as suas sequelas; placa bacteriana, peças protéticas porosas que, ao reterem resíduos alimentares fermentados, provocam alterações periodontais, causando odor acre característico; gengivites e estomatites, úlceras, feridas cirúrgicas devido a putrefação da camada superficial do coágulo, alveolites e pericononarites. A língua saburrosa é talvez a causa mais frequente, não obstante não recebe dos profissionais a devida atenção. Caracteriza-se pelo depósito, entre as papilas filiformes, de células epiteliais descamadas, leucócitos, microorganismos e resíduos alimentares, dando à língua uma coloração esbranquiçada e odor desagradável.⁴⁴

Entre as causas não bucais, a halitose pode ser relacionada a causas: a) das vias respiratórias; b) do trato digestivo; c) da superfície cutânea e das mucosas; d) de origem metabólica e sistêmica, como a diabetes por exemplo.

O tratamento da halitose depende da eliminação de suas causas. No caso de língua saburrosa, o tratamen

to consiste na remoção da saburra pela escovação da língua, ajudado por solução de água oxigenada (uma colher de sopa em meio copo de água morna). O dentista deverá verificar a existência de indutos e removê-los, eliminando pontos de retenção de alimentos.²⁷

Todos esses conhecimentos poderiam ser facilmente veiculados em classe e discutidos pelos alunos, como conteúdo curricular da área de Programas de Saúde, o que, lamentavelmente, não ocorre.

A Tabela 22 mostra a proporção dos alunos que desconhecem quando deve ser feita a primeira visita ao dentista. Observa-se que a maior proporção de desconhecimento situa-se entre alunos do sexo feminino (41,1%). Entre os alunos do sexo masculino, a proporção de desconhecimento é de 38,1%.

TABELA 22 - DESCONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE A PRIMEIRA VISITA AO DENTISTA, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRE-CAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	277	171	448	0,381
Feminino	308	215	523	0,411
TOTAL	585	386	971	0,397

Qui-quadrado calculado = 0,75

Os odontopediatras têm-se tornado cada vez mais conscientes das necessidades de que a primeira visita ao dentista (não de emergência) de uma criança ao consultório seja feita muito mais cedo do que se recomendava anteriormente. De acordo com a erupção dos primeiros dentes decíduos, o bebê deve ser levado ao consultório odontológico. Isto cria oportunidade de elucidar a importância de certos conceitos preventivos.

Essa primeira visita também dá oportunidade de explicar aos pais a importância de permitir que um dentista examine a criança após qualquer trauma à dentição de cídua, o que acontece mais freqüentemente na idade em que está aprendendo a andar. Além disso, os pais podem receber instrução sobre a limpeza dos dentes decíduos, logo após a erupção dos mesmos.⁴³

Este conhecimento é fundamental uma vez que os alunos do 1º grau a curto prazo, serão eles, também, pais e mães. Desta forma, serão responsáveis pela saúde bucal de seus filhos, podendo prevenir os problemas que de maneira tão dramática incidem na população brasileira.

A Tabela 23 mostra a proporção de respostas erradas no que diz respeito à calcificação dos dentes permanentes.

TABELA 23 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE QUANDO OCORRE A CALCIFICAÇÃO DOS DENTES PERMANENTE, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	194	250	444	0,563
Feminino	253	268	521	0,514
TOTAL	447	518	965	0,536

Qui-quadrado calculado = 2,09

Observa-se que, entre os alunos do sexo masculino, a proporção de erro é ligeiramente maior - 56,3%, do que entre os alunos do sexo feminino - 51,4%. Torna-se oportuno ressaltar que o total de alunos que desconhecem o assunto atinge o valor de 53,6% do total em estudo.

Tal fato é significativamente importante já que o desconhecimento desse assunto geralmente leva os pais a procurarem tardiamente medidas preventivas. (Anexo 3 - Quadro de cronologia da dentição humana).

A Tabela 24 mostra o desconhecimento dos alunos quanto ao período em que se processa o início da dentição permanente, ou seja, a erupção do primeiro molar permanente, que é de fundamental importância para a manutenção da chave de oclusão. Tal fato é desconhecido por 62,6% dos alunos do sexo feminino e por 55,7% dos alunos do sexo masculino. Observe-se que, em termos globais, a proporção de alunos que desconhecem o referido assunto chega a 59,4% dos alunos (576 alunos).

TABELA 24 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O SURGIMENTO DA DENTIÇÃO PERMANENTE DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	198	249	447	0,557
Feminino	195	327	522	0,626
TOTAL	393	576	969	0,594

Qui-quadrado calculado = 4,52

O primeiro molar permanente é, sem dúvida alguma, a unidade mais importante da mastigação, sendo essencial para o desenvolvimento de uma oclusão perfeita. Pelo exame do primeiro molar permanente é possível, assim, fazer um diagnóstico da saúde bucal da comunidade. McDONALD e colaboradores⁴³ mostram que o primeiro molar permanente é o dente mais suscetível ao ataque da cárie.

A lesão cariiosa desenvolve-se com rapidez neste elemento e, às vezes, transforma-se de uma lesão incipiente em uma exposição pulpar no curto período de seis meses.

Desta forma, a perda deste dente, em crianças, pode levar a mudanças no arco dental com graves conseqüências para toda a sua vida, como, por exemplo, diminuição da função local, migração dos dentes e erupção contínua dos dentes antagonistas.

O conhecimento da ocasião mais adequada para iniciar o aprendizado da escovação dos dentes é desconhecido por 52,2% dos alunos do sexo feminino e por 49,7% dos alunos do sexo masculino (Tabela 25).

TABELA 25 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE QUANDO A ESCOVAÇÃO DEVE INICIAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	223	221	444	0,497
Feminino	250	274	524	0,522
TOTAL	473	495	968	0,511

Qui-quadrado calculado = 9,51

Representa este um assunto da maior importância, que poderia ser discutido durante encontros de pais e mestres. Seria desejável que os pais recebessem instruções sobre os benefícios decorrentes da limpeza dos dentes decíduos de seus filhos, logo que tenham erupcionado. ³⁹

CARLSON, GRAHNEM e JONSOON, mencionados por ALEXANDER⁴, documentaram a presença de bactérias capazes de iniciar processos patológicos em dentes recém-erupcionados.

É responsabilidade dos pais limpar os dentes da criança. Os dentes devem ser esfregados ou escovados com um movimento de "vaivem", usando-se pequenas escovas de cerdas macias. Inicialmente, as técnicas de limpeza são de curta du-

ração mas, à medida que os dentes decíduos se erupcionam, tornam-se mais longos até chegarem à adoção de uma técnica mais sofisticada.

Segundo a Tabela 26, o suprimento de flúor mais eficaz, o da água de abastecimento, é desconhecido por 51,9% dos alunos do sexo masculino, enquanto que, entre os alunos do sexo feminino, esta proporção alcança o valor de 43,7%. Note-se que o total de alunos que ignoram qual a maneira mais eficaz do flúor suprir a comunidade, atinge o valor de 47,5% (457 alunos).

TABELA 26 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O SUPRIMENTO MAIS EFICAZ DE FLUOR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	212	229	441	0,519
Feminino	293	228	521	0,437
TOTAL	505	457	962	0,475

Qui-quadrado calculado = 6,06

Segundo estudos realizado por TARZIA⁶¹, HAUGERJORDEN e HELOE³⁰, e HOROWITZ³², o método de fluoretação da água de abastecimento mostra-se de amplo alcance em Saúde Pública, sendo simples, efetiva, seguro, econômico e não discriminativo.

O flúor ingerido é absorvido através das paredes do tubo gastro-intestinal para o sangue (sendo eventualmente distribuído para outros fluidos e tecidos) por difusão simples e direta por transporte ativo, isto é, sem exigir energia e processo enzimático. A absorção dá-se tanto no estôma-go quanto no intestino delgado, predominando a absorção através do intestino delgado. Cerca de 80% do flúor é absorvido em noventa minutos. Uma vez absorvido, este sofre mecanis-

mos que levam à redução de sua concentração na circulação sanguínea e nos fluidos corporais, conseqüentemente sua deposição nos ossos e nos dentes.³⁵

Estudos realizados por VIEGAS e VIEGAS⁶⁷ verificaram as reduções de cárie dental encontradas em dentes primários e permanentes, durante o período de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público. A redução observada na prevalência da cárie para os dentes primários e permanentes foi similar a constatada em outros estudos, quer no Brasil ou no exterior. No grupo etário de 7 a 10 anos, 50,8% das crianças não tiveram nenhum dente permanente atacado pela cárie e, nas crianças de 3 a 5 anos, 51,6% não tiveram nenhum dente primário atacado pela cárie.

Segundo a Tabela 27, a proporção de erro entre os alunos do sexo feminino alcança 83,2%, ou seja, essa porcentagem de alunos não se preocupariam se as gengivas sangrassem ao escovar os dentes. Entre os alunos do sexo masculino, 76,5% não se preocupariam com o fato. O total de alunos que desconhecem os primeiros sintomas da doença periodontal alcança 80,1% (780) dos alunos inquiridos.

TABELA 27 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE MOTIVOS DE PREOCUPAÇÃO SE AS GENGIVAS SANGRAREM AO ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	105	342	447	0,765
Feminino	88	438	526	0,832
TOTAL	193	780	973	0,801

Qui-quadrado calculado = 0,68

O sangramento da gengiva, ao se escovar os dentes ou passar o fio dental, acusa um problema periodontal. Se não houver um tratamento adequado, o problema pode se agravar levando à formação de bolsas periodontais. À medida que a doença progride, o osso alveolar pode ser atingido, levando este à perda dos dentes. Torna-se oportuno citar aqui estudos desenvolvidos por AINAMO e PARVIAINEN³ sobre placa dental e gengiva.

TABELA 28 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O QUE A DOENÇA NAS GENGIVAS PODE PROVOCAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DE DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	32	416	448	0,928
Feminino	90	434	524	0,828
TOTAL	122	850	972	0,874

Qui-quadrado calculado = 21,24

O desconhecimento da sintomatologia da doença periodontal atinge 82,8% dos alunos do sexo feminino e 92,8% dos alunos do sexo masculino. O total de alunos que desconhecem o assunto chega a 87,4% (850 alunos). Tais níveis de desconhecimento chegam a ser alarmantes, pois a doença periodontal representa a segunda causa da perda dos dentes, logo após a cárie dental. A necessidade de esclarecimentos sobre a etiologia e desenvolvimento da doença periodontal, entre os alunos, torna-se assim uma medida altamente prioritária.

Contrariamente ao que muitos odontólogos crêem, a enfermidade periodontal não é exclusivamente problema da idade adulta. Numerosos autores afirmam que algumas formas terminais da doença periodontal em adultos são, de fato, resultados finais de condições crônicas, iniciadas na infância. Estas lesões precoces são geralmente ignoradas.

Desta maneira, as periodontopatias progridem insidiosamente até aos estágios finais, indo dos sintomas pouco perceptíveis até às formas mais graves.³⁵

Na Tabela 29 pode-se observar que 49,4% dos alunos do sexo feminino errarem ao responder sobre tipos de escova de dentes, assim como 50,2% dos alunos do sexo masculino. O total de respostas erradas alcança o valor de 49,7% dos alunos. Tal fato é de especial significado, pois a utilização de escova de dentes adequada, ou seja, escova de dentes macia, remove melhor a placa bacteriana, atingindo maiores áreas dos dentes sem causar dano ao periodonto.

TABELA 29 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O TIPO DE ESCOVA DE DENTES A SER USADA, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	222	224	446	0,502
Feminino	265	259	524	0,494
TOTAL	487	483	970	0,497

Qui-quadrado calculado = 0,03

A vida útil de uma escova não tem prazo determinado. Devem ser trocadas regularmente porque as cerdas, após certo tempo de uso, perdem a elasticidade e tornam-se ineficazes para uma limpeza correta.

Quanto à pergunta "além de escovar os dentes devo usar o fio dental?", encontra-se maior proporção de desconhecimento entre alunos do sexo masculino, 32,5% do que entre alunos do sexo feminino, 19,8%. No total, 25,6% dos alunos ignoram que a higiene perfeita da boca decorre da utilização simultânea da escova de dentes e do fio dental. Isto permite eliminar restos alimentares entre espaços interproximais, propiciando, desta maneira, a higiene total da boca

evitando, assim, halitose e impactação alimentar com, consequentemente, problemas periodontais e acúmulo de placa bacteriana (Tabela 30).

TABELA 30 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O USO SIMULTANEO DA ESCOVA DE DENTES E O FIO DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	RESPOSTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS ERRADAS E DESCONHECIDAS
	CERTAS	ERRADAS DESCONHECIDAS		
Masculino	301	145	446	0,325
Feminino	419	104	523	0,198
TOTAL	720	249	969	0,256

Qui-quadrado calculado = 19,44

A Tabela 31 permite ter uma visão geral dos resultados obtidos, de maior interesse para a presente discussão.

TABELA 31 - DESCONHECIMENTO DOS ALUNOS QUANTO A DIVERSOS ASPECTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE BUCAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TÓPICOS	PROPORÇÃO DE DESCONHECIMENTO		TOTAL DE PRO- PORÇÃO DE DES- NHECIMENTO DE AMBOS OS SEXOS
	MASCULINO	FEMININO	
Placa dental	84,6	90,8	87,9
Mau-hálito	91,7	96,1	94,1
Primeira visita ao dentista	38,1	41,1	39,7
Calcificação dos dentes permanentes	56,3	51,4	53,6
Surgimento da dentição permanente	55,7	62,6	59,4
Início da escovação	49,7	52,2	51,1
Suprimento de flúor	51,9	43,7	47,5
Sangramento das gengivas	76,5	83,2	80,1
Provoca doenças periodontal	92,8	82,8	87,4
Tipo de escova de dentes	50,2	49,4	49,7
Uso da escova e do fio dental	32,5	19,8	25,6

Como se registra na Tabela 31, a proporção de desconhecimento entre alunos do sexo feminino é, em alguns casos, maior e, em outros casos, menor do que a proporção de erros entre os alunos do sexo masculino. Portanto, não se pode afirmar, de acordo com a hipótese formulada - hipótese 1 - que esta variável interfira de forma significativa no conteúdo observado. Torna-se relevante ressaltar, entretanto, o alto grau de desconhecimento da totalidade dos inquiridos. Observe-se, por exemplo, respostas referentes à doença periodontal, problema que atinge a adolescência, vindo mais tarde a representar, como se salientou, grave problema de Saúde Bucal em nosso meio. Quanto a isto, como se observa na Tabela 31, as proporções atingem os valores de 92,8% e 82,8% respectivamente.

Práticas dos Alunos por Turno

Como se observa na Tabela 32, a proporção de alunos que consideram difícil visitar regularmente o dentista é significativamente maior no turno noturno - 30,5% do, que no turno diurno, 22,5%.

De fato, como já se referiu anteriormente, tudo parece indicar, neste estudo, que o nível sócio-econômico dos alunos do turno noturno seja inferior aos alunos do turno diurno. Exige isto, portanto, a busca de trabalho remunerado, diminuindo o tempo disponível para que possam os mesmos frequentar regularmente o dentista. Já se salientou que é maior a proporção de alunos que trabalham, entre os que frequentam o turno noturno, o que talvez possa explicar a diferença em pauta

TABELA 32 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM VISITAR REGULARMENTE O DENTISTA, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	VISITAS REGULARES AO DENTISTA		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Diurno	391	114	505	0,225
Noturno	316	139	455	0,305
TOTAL	707	253	960	0,263

Qui-quadrado calculado = 7,44

A Tabela 33 descreve o grau de dificuldade, que os inquiridos sentem quanto à escovação de dentes de acordo com turno. Embora a diferença entre os dois grupos não seja acentuada, é maior a proporção de alunos do turno diurno, 3,4%, que consideram difícil a escovação dos dentes, decrescendo esse valor para 2,6% entre os alunos do turno noturno.

É procedente supor que o fator idade possa ter interferido nessa resposta, uma vez que os alunos do turno diurno são bem mais jovens do que seus colegas do noturno, como se observa nas Tabelas 8 e 9.

TABELA 33 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	ESCOVAR OS DENTES		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Diurno	483	17	500	0,034
Noturno	439	12	451	0,026
TOTAL	992	29	951	0,030

Qui-quadrado calculado = 0,2239

A Tabela 34 mostra a dificuldade dos alunos no que diz respeito à adoção de uma alimentação pobre em açúcar.

TABELA 34 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM ADOPTAR UMA DIETA POBRE EM AÇÚCAR, DE ACORDO COM O TURNO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

TURNO	ADOTAR ALIMENTAÇÃO POBRE EM AÇÚCAR		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Diurno	192	309	501	0,616
Noturno	219	238	457	0,520
TOTAL	411	547	958	0,570

Qui-quadrado calculado = 8,60

Como se observa, é maior a proporção de alunos do turno diurno que sentem dificuldades em adotar uma alimentação pobre em açúcar, 61,6%, que entre os alunos do turno noturno, 52,0%.

É curioso observar que, de acordo com as respostas obtidas, parece ser bastante mais difícil adotar uma alimentação pobre em açúcar (57,0%) do que visitar regularmente o dentista (26,3%) ou escovar os dentes (3,0%).

Estes dados permitem estabelecer alguns critérios quanto ao tempo a ser dedicado a cada um dos tópicos durante o processo ensino-aprendizagem na área da Saúde Bucal. De acordo com estes resultados, torna-se necessário dar especial ênfase a este aspecto, discutido com os alunos como proceder para controlar tal hábito.

Isto adquire significativa importância, quando se consideram os estudos de VIPEHOLM citado por ALFANO⁵. De acordo com este autor, "o controle da dieta no suprimento de substratos, principalmente açúcar, para o crescimento microbiano, metabolismo e produção de ácidos é, sem dúvida, muito importante no processo da cárie dental".

Os carboidratos da dieta, principalmente os açúcares, representam o mais significativo substrato para o

metabolismo da microbiota bucal, contribuindo portanto como potencial cariogênico.

Estes carboidratos podem ser mobilizados pela atividade microbiana de duas maneiras diferentes: a) com a sua utilização no metabolismo glicolítico; b) na síntese de polímeros extracelulares para adesão de bactérias e na síntese de polissacarídeos de armazenamento intra e extracelular.

O papel mais importante dos carboidratos na cárie dental é sua capacidade de servir como excelente fonte de energia de fermentação para uma variedade de micróbios bucais.

A produção de ácido láctico, através do metabolismo glicolítico dos carboidratos bucais, é diretamente responsável pela iniciação do processo da cárie.⁵

Na Figura 11, observam-se, em conjunto, resultados referentes às Tabelas 32, 33 e 34, não confirmando, quanto a isto, a hipótese formulada (hipótese 4).

No que diz respeito a visitas regulares ao dentista, seria procedente esperar que os alunos do turno noturno acusassem maior dificuldade quanto a estas, o que de fato ocorre. Já se referiu anteriormente que 70,5% destes alunos trabalham, enquanto que apenas 10,2% dos alunos do turno diurno também o fazem. Seria desejável, portanto, reiterar sempre e prestar mais atenção em relação à referida prática.

Práticas dos Alunos por Sexo

As Tabelas 35, 36, 37, 38 e 39 mostram esses mesmos dados, porém analisados em termos de sexo.

Na Tabela 35, é significativamente maior o grau de dificuldade sentido, quanto a este aspecto, entre os alunos do sexo masculino, 31,5%; o valor decresce para 21,9% no grupo de alunos do sexo feminino. Considerando o fato de que há maior número de alunos do sexo masculino que trabalham, pode-se supor que seja esta a variável que está inter-

FIGURA 11. PROPORÇÃO DE DIFICULDADE DOS ALUNOS, SEGUNDO O
 TURNO, RELATIVAS A PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL, DAS 8. SÉRIES
 DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE
 SÃO PAULO, 1984.

ferindo de fato nestes resultados, sugerindo menor disponibilidade de tempo entre estes alunos. Cumpre mais uma vez ressaltar que 54,3% dos alunos do turno noturno são do sexo masculino, aí se encontrando também a maior proporção de indivíduos economicamente ativos - 70,5%.

TABELA 35 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM VISITAR REGULARMENTE O DENTISTA DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	VISITAS REGULARES AO DENTISTA		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Masculino	301	139	440	0,315
Feminino	406	114	520	0,219
TOTAL	707	253	960	0,263

Qui-quadrado calculado = 10,98

A Tabela 36 permite observar a dificuldade do Exame Periódico das Escovas de Dentes, referida pelos alunos, de acordo com o sexo.

TABELA 36 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO A DIFICULDADE EM EXAMINAR PERIODICAMENTE A ESCOVA DE DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	EXAME PERIÓDICA DA ESCOVA DE DENTES		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Masculino	340	106	446	0,237
Feminino	430	91	521	0,174
TOTAL	770	197	967	0,203

Qui-quadrado calculado = 5,50

O exame periódico das escovas de dentes é considerado uma prática mais difícil de ser adotada por 23,7% dos alunos do sexo masculino e por 17,4% dos alunos do sexo feminino.

A Tabela 37 registra a dificuldade sentida no que diz respeito à escovação de dentes de acordo com o sexo.

TABELA 37 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO À DIFICULDADE EM ESCOVAR OS DENTES, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	DIFICULDADE DE ESCOVAR OS DENTES		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Masculino	414	19	433	0,043
Feminino	508	10	518	0,019
TOTAL	922	29	951	0,030

Qui-quadrado calculado = 4,02

De acordo com a referida tabela, e tal como ocorreu com a tabela anterior, é significativamente maior, 4,3%, a proporção de alunos do sexo masculino que sentem dificuldade quanto à escovação dos dentes, decrescendo este valor para 1,9% entre os alunos do sexo feminino.

A Tabela 38 mostra a resposta dos alunos no que diz respeito a adotar uma alimentação pobre em açúcar.

TABELA 38 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO À DIFICULDADE EM ADOPTAR UMA ALIMENTAÇÃO POBRE EM AÇÚCAR, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	ADOTAR POBRE	ALIMENTAÇÃO EM AÇÚCAR	TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Masculino	201	239	440	0,543
Feminino	210	308	518	0,594
TOTAL	411	547	958	0,570

Qui-quadrado calculado = 2,36

Observe-se que a proporção de alunos do sexo masculino que sentem dificuldade em adotar uma alimentação pobre em açúcar, 54,3%, é menor que entre os alunos do sexo feminino, 59,4%.

Finalmente, a Tabela 39 permite observar a dificuldade sentida pelos alunos, de acordo com o sexo, no que diz respeito à utilização do fio dental.

TABELA 39 - RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO À DIFICULDADE DE UTILIZAR O FIO DENTAL, DE ACORDO COM O SEXO, NAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

SEXO	USO DO FIO DENTAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE DIFICULDADE
	FÁCIL	DIFÍCIL DESCONHECIDA		
Masculino	292	146	438	0,333
Feminino	394	127	521	0,243
TOTAL	686	273	959	0,284

Qui-quadrado calculado = 8,94

É significativamente maior a proporção de alunos do sexo masculino que sentem dificuldades quanto à utilização do fio dental - 33,3%. Decresce este valor para 24,3% entre os alunos do sexo feminino. Em números relativos, 28,4% (273) do total de alunos consideraram esta prática difícil.

Com exceção apenas de uma das práticas (ado-
tar uma alimentação pobre em açúcar) e observando os dados
contidos nas Tabela 35, 36, 37 e 39, confirma-se a hipótese
segundo a qual "a proporção de alunos do sexo feminino com
práticas adequadas de saúde bucal é maior que a proporção de
alunos do sexo masculino com práticas adequadas de saúde bu-
cal". (hipótese 2).

Finalmente, a Figura 12 mostra, de forma glo-
bal, as respostas obtidas quanto a importantes práticas rela-
cionadas à Saúde Bucal.

FIGURA 12. PROPORCAO DE DIFICULDADE DOS ALUNOS, SEGUNDO O SEXO, RELATIVAS A PRATICAS DE SAUDE BUCAL, DAS 8. SERIES DO 1. GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICIPIO DE SAO PAULO, 1984.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas considerações finais, pareceu interessante incluir o grau de importância atribuído pelos alunos quanto a um conjunto de aspectos pessoais. Com isto pretendeu-se verificar o valor por estes atribuído especificamente aos dentes. A seleção dos aspectos pessoais fundamenta-se nos estudos de SECOURD e JOURARD e^{28, 34, 59, 68, 69} de outros autores por estes mencionados.

TABELA 40 - GRAU DE IMPORTANCIA ATRIBUIDO A ASPECTOS PESSOAIS
PELOS ALUNOS DO SEXO MASCULINO, DAS 8^{as} SÉRIES DO
1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, DO MU-
NICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

CARACTERÍSTICAS	%
Saúde	98,2
Dentes	97,3
Resistência à doenças	93,4
Postura	93,2
Costas	91,2
Funcionamento de rins e bexiga	89,2
Rosto	88,9
Olhos	88,0
Orgãos genitais	88,0
Digestão	87,0
Percepção de sensações	85,4
Pernas	84,8
Voz	84,5
Cabelo	84,5
Sono	83,9
Energia	83,9
Postura	83,4
Pele	82,8
Mãos	80,2
Impulso sexual	80,1
Atividade sexual	79,8
Apetite	79,8
Força muscular	78,8
Forma do corpo	78,7
Braços	75,3
Joelhos	74,0
Força física	72,1
Nariz	72,1
Pés	68,9
Peso	66,4
Queixo	66,3
Tolerância à cor	64,8
Altura	63,5
Orelhas	63,5
Perfil	59,4
Seios	58,3
Quadris	53,5
Distribuição de pelos pelo corpo	52,6
Cintura	48,3
Idade	46,0

TABELA 41 - GRAU DE IMPORTANCIA ATRIBUIDO A ASPECTOS PESSOAIS
PELOS ALUNOS DO SEXO FEMININO, DAS 8^{as} SÉRIES DO
1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍ-
PIO DE SÃO PAULO, 1984.

CARACTERÍSTICAS	%
Saúde	99,0
Dentes	97,8
Resistência à doenças	93,4
Costas	93,4
Funcionamento de rins e bexiga	90,6
Pernas	90,6
Seios	90,2
Orgãos genitais	89,6
Olhos	88,8
Rosto	88,8
Cabelo	86,9
Pele	86,0
Altura	86,0
Mãos	84,0
Forma do corpo	84,0
Apetite	83,9
Peso	80,6
Força física	79,6
Cintura	79,4
Pés	77,9
Nariz	74,2
Quadris	74,2
Braços	74,1
Energia	74,1
Sono	73,8
Percepção de sensações	72,5
Tolerância à dor	66,4
Atividade sexual	64,4
Impulso sexual	64,4
Força física	62,9
Joelhos	61,8
Orelhas	60,8
Perfil	60,8
Altura	57,1
Força muscular	57,1
Digestão	53,5
Queixo	53,5
Voz	52,5
Distribuição de pelos pelo corpo	52,5
Idade	44,6

As Tabelas 40 e 41 mostram claramente que, de fato, os alunos de ambos os grupos, sexo masculino e sexo feminino, consideram os dentes como algo extremamente importante - 97,3% e 97,8%, respectivamente. É lamentável, portanto, que tal motivação não seja melhor aproveitada nos currículos de ensino de saúde na rede de ensino estadual.

Em termos de tal esquema de referência, surpreende observar, mais uma vez, os resultados apresentados na Tabela 16, mostrando que o desconhecimento, quanto à escovação dos dentes, atinge valores extremamente elevados (79,0%) o mesmo ocorrendo com a identificação da placa dental, cujo desconhecimento chega a 89,4% (Tabela 15). Da mesma forma, o desconhecimento do que seja doença periodontal, como registra a Tabela 28, alcança o valor de 87,4%. Quer dizer que o ensino da saúde se distancia surpreendentemente das necessidades sentidas pelos próprios alunos.

Para efeito de complementação apresentam-se, a seguir, algumas das respostas dos alunos registradas nos questionários deste trabalho.

Pergunta 64 - "De que maneira os problemas bucais afetam a saúde do indivíduo?"

- Respostas
- Ter mau-hálito
 - Ter dentes bons é bom, mas difícil é poder tratar deles; então se o dente está cariado é melhor tirar.
 - Tem tanta doença ruim por aí, muito pior que dente cariado. Tenho mais medo delas.
 - Não é bom ter dentes ruins, mas doença nos olhos ou de cabeça é pior.
 - Os dentes mal cuidados atrapalham a saúde do indivíduo e os dentes é o cartão de visitas da pessoa.
 - Problemas nos dentes, como cáries e inflamações na gengiva, que podem ir aumentando.
 - Os dentes quando estragados prejudicam o estômago e podem fazer adoecer outros órgãos do corpo.

- Porque sem higiene bucal podemos ter outras doenças.
- É uma parte do corpo que se não tiver muito cuidado pode trazer vários problemas para a pessoa.
- A pessoa que não cuida dos seus dentes pode ter mau-hálito e isso faz com que não tenha boa presença.
- Pode provocar azia e cheirar mal.
- Problemas digestivos.
- Dentes com cáries podem atacar o estômago e dar um cheiro ruim na boca.
- Dentes ruins dão mau-hálito e no beijo podemos pegar germes de outra pessoa.
- A pessoa não mastiga bem e por isso não pode ter boa digestão.
- A pessoa pode ter que tirar o dente e ter uma hemorragia.
- Os dentes mal tratados podem dar dor de cabeça e até coisas piores.
- Não tem muito problema não, se o dente estiver ruim a gente tira ele.

O número de alunos que não responderam ou de clararam não saber foi extremamente alto, o que demonstra a não familiaridade dos alunos com o assunto em pauta.

Pergunta 65 - "Citar as diferentes partes dos dentes".

- Respostas
- Raiz e próstata
 - Raiz e gengiva
 - Dente de leite e dente permanente
 - Canino e molar
 - Raiz e coroa
 - Os dentes da frente e os dentes de trás
 - Gengiva e nervo do dente
 - Dente de leite e os que vem de pois.

A maioria dos alunos não responderam à pergunta em pauta. Entre as respostas dadas cumpre assinalar, contudo, que nenhuma delas foi satisfatória. No que diz respeito às diversas partes dos dentes - esmalte, dentina, cimento e polpa - evidencia-se o desconhecimento dos mesmos em relação ao assunto Saúde Bucal. Este desconhecimento dificulta, por exemplo, o ensino dos benefícios do flúor. Para que os alunos compreendam os benefícios do flúor é requisito necessário que saibam onde se deposita o flúor e o que este vai proteger. Sem isto o ensino dos benefícios do flúor pode parecer superficial, não permitindo aos educandos uma visão mais ampla sobre assunto de tal importância para a saúde de cada um.

Pergunta 66 - "O que dá origem à cárie?"

- Respostas
- É por causa do açúcar
 - Sujeira no dente
 - Não escovar os dentes depois de comer.
 - Comer antes de dormir e não escovar os dentes.
 - Doces
 - Alimento preso aos dentes
 - Ao escovar os dentes a escova não tira os restos de alimentos que ficaram na boca.
 - Qualquer tipo de comida dá cáries, se não escovar os dentes após às refeições.
 - Falta de cuidado com os dentes
 - Acúmulo de sujeira nos dentes
 - Não escovar os dentes diariamente, não ir ao dentista e comer doces.
 - Não escovar os dentes com frequência.
 - Não saber os momentos certos para escovar os dentes.
 - Falta de vitaminas das frutas e legumes.

A maior frequência das respostas obtidas associam a formação da cárie com retenção de alimentos e com ingestão de doces. Jamais se fez referência ao papel da placa

dental como causa da cárie dental. Tal fato vem de encontro aos resultados obtidos na Tabela 20, onde 87,9% dos alunos de ambos os sexos, mostram desconhecer o papel da placa dental na etiologica da cárie dental.

Pergunta 67 - "Você sabe o que significa doença periodontal?"

É curioso observar que os alunos evitaram responder a esta pergunta, comprovando-se assim a necessidade de enfatizar este importante tópico nos conteúdos curriculares a serem incluídos no ensino de Saúde Bucal. Ressalte-se o fato de que a expressão "doença periodontal" é totalmente desconhecida pelos alunos da última série do 1º grau. As respostas incluídas nas Tabelas 27 e 28, relativas a esta mesma problemática, não se referiam a essa expressão, mas a "motivos de preocupação se as gengivas sangrarem" e "o que a doença nas gengivas pode provocar". Observa-se o total desconhecimento dos alunos sobre o significado de "doença periodontal", não se relacionando esta expressão, no presente estudo, com problemas nas gengivas.

Finalmente, cumpre expor alguns dados referentes às fontes de informações em Saúde Bucal, como registra a Tabela 42.

TABELA 42 - FONTE DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL, ENTRE ALUNOS DAS 8^{as} SÉRIES DO 1º GRAU DAS ESCOLAS ESTADUAIS DA DRECAP-3, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1984.

FONTE DE INFORMAÇÕES	RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL (%)	
	MASCULINO	FEMININO
Pais	73,2	73,3
Professores	73,6	75,8
Radio-TV	68,0	69,1
Jornais	47,0	49,1
Dentistas	87,0	89,3
Outros	50,9	46,6
Ninguém	13,0	15,8

Segundo a Tabela 42, a maioria dos alunos afirmam ter recebido informações sobre Saúde Bucal de várias fontes, com exceção de 13,0% dos alunos do sexo masculino e 15,8% dos alunos do sexo feminino, que declararam não ter nunca recebido informações sobre saúde bucal.

Ainda quanto à Tabela 42, 87,0% dos alunos do sexo masculino e 89,3% dos alunos do sexo feminino afirmam ter recebido informações sobre Saúde Bucal dos dentistas; os professores foram citados por 73,6% dos alunos do sexo masculino e por 75,8% dos alunos do sexo feminino. Os pais por 73,2% dos alunos do sexo masculino e por 73,3% dos alunos do sexo feminino.

Estes dados conflitam com os resultados do presente estudo, onde se pode verificar a proporção extremamente elevada de desconhecimento e de práticas inadequadas, relativas à Saúde Bucal, entre os alunos inquiridos.

Tal fato evidencia que as fontes de informações, embora citadas, nem por isso foram realmente capazes de informar e de educar os alunos, em nível de conhecimento e práticas, quanto aos conteúdos de maior interesse para a área da Saúde Bucal.

Do ponto de vista da Educação em Saúde, é lamentável o que ocorre com os alunos das escolas estaduais, uma vez que deixam as escolas, talvez para sempre, sem ter adquirido o mínimo de conhecimento e de práticas. Tal fato mostra a distância entre a Lei 5.692 e sua execução na rede estadual de ensino de São Paulo, no que se refere a uma área específica da Saúde Pública.

Cabe terminar o presente capítulo, registrando a frase de um dos alunos inquiridos, uma vez que esta reflete, de maneira significativa e dramática, o problema do estudo em pauta:

"Não sei. Nunca pensei nisso".

VI. CONCLUSOES

VI - CONCLUSÕES

1. A proporção de alunos com conhecimentos errados quanto à prevenção de problemas bucais é maior entre os alunos do turno noturno (70,9%) do que entre os alunos do turno diurno (63,8%).

2. O desconhecimento dos alunos sobre a identificação da placa dental é maior entre os alunos do turno noturno (92,6%) do que entre os do turno diurno (86,4%).

3. A proporção de alunos que desconhecem quando se deve escovar os dentes é maior no turno diurno (85,0%) do que no turno noturno (74,0%).

4. Quanto ao tipo de escova a ser utilizada, verifica-se que a proporção de erro entre os alunos do turno diurno (51,8%) é maior do que entre os alunos do turno noturno (47,5%).

5. O desconhecimento dos alunos quanto ao uso simultâneo da escova de dentes e do fio dental é maior no turno noturno (29,8%) do que entre os alunos do turno diurno (21,9%).

6. O desconhecimento dos alunos sobre placa dental é maior entre os alunos do sexo feminino (90,8%) do que entre os alunos do sexo masculino (84,6%).

7. A proporção de desconhecimento sobre as causas da halitose é maior entre os alunos do sexo feminino (96,1%) do que entre os alunos do sexo masculino (91,7%).

8. Quanto ao conhecimento dos alunos sobre a época da primeira visita ao dentista, a proporção de erro é maior entre alunos do sexo feminino (41,1%) do que entre alunos do sexo masculino (38,1%).

9. A proporção de desconhecimento sobre quando ocorre a calcificação dos dentes permanentes é maior entre os alunos do sexo feminino (56,3%) do que entre os alunos do sexo feminino (51,4%).

10. O desconhecimento sobre o surgimento da dentição permanente é maior entre os alunos do sexo feminino (62,6%) do que entre os alunos do sexo masculino (55,7%).

11. A proporção de alunos que desconhecem quando a escovação deve iniciar é maior entre os alunos do sexo feminino (52,2%) do que entre os alunos do sexo masculino (49,7%).

12. O suprimento mais eficaz de flúor é desconhecido por 51,9% dos alunos do sexo masculino e por 43,7% de alunos do sexo feminino.

13. A porcentagem de alunos que desconhecem os primeiros sintomas da doença periodontal é maior entre os do sexo feminino (83,2%) do que entre os do sexo masculino (76,5%).

14. O desconhecimento sobre as consequências da doença periodontal é maior entre os alunos do sexo masculino (92,8%) do que entre os alunos do sexo feminino (82,8%).

15. Quanto ao tipo de escova mais adequada, a porcentagem de erro é maior entre os alunos do sexo masculino (50,2%) do que entre os alunos do sexo feminino (49,7%).

16. A proporção de alunos que desconhecem a necessidade do uso simultâneo do fio dental e da escova de dentes é maior entre alunos do sexo masculino (32,5%) do que entre os do sexo feminino (19,8%).

17. A dificuldade de visitar regularmente o dentista é maior entre os alunos do turno noturno (30,5%) do que entre os alunos do turno diurno (22,5%).

18. A proporção de dificuldade em escovar os dentes é maior entre alunos do turno diurno (3,4%) do que entre os alunos do turno noturno (2,6%).

19. Quanto à adoção de uma alimentação pobre em açúcar, a porcentagem de dificuldade é maior entre os alunos do turno diurno (61,6%) do que entre os alunos do turno no-turno (52,0%).

20. Para os alunos do sexo masculino é mais di-fícil visitar regularmente o dentista (31,5%) do que para os alunos do sexo feminino, cuja porcentagem de dificuldade é de 21,9%.

21. A dificuldade em examinar periodicamente a escova de dentes é maior entre os alunos do sexo masculino (23,7%) do que entre os alunos do sexo feminino (17,4%).

22. A proporção de alunos com dificuldade em escovar os dentes é maior entre os alunos do sexo masculino (4,3%) do que entre os alunos do sexo feminino (1,9%).

23. A dificuldade para adoção de uma alimenta-ção pobre em açúcar é menor entre os alunos do sexo masculi-no (54,3%) do que entre os alunos do sexo feminino (59,4%).

24. A proporção de dificuldade em utilizar o fio dental é maior entre os alunos do sexo masculino (33,3%) do que entre os alunos do sexo feminino (24,3%).

Tendo em vista as conclusões do presente estu-do, verifica-se que, das hipóteses formuladas, comprovou-se a hipótese 2, segundo a qual, "a proporção de alunos do sexo feminino com práticas adequadas de saúde bucal é maior que a proporção de alunos do sexo masculino com práticas adequadas de saúde bucal" e a hipótese 3 em que "a proporção

de alunos do turno diurno com conhecimentos corretos na área de saúde bucal, é maior do que a proporção de alunos do turno noturno, com conhecimentos corretos nesta área".

Os resultados aqui discutidos mostram claramente a ignorância dos escolares no que diz respeito à Saúde Bucal, tornando-se assim imprescindível a inclusão de um Programa de Educação em Saúde Bucal nos programas de saúde existentes nos Guias Curriculares. Além disso, evidenciam o quanto o ensino de saúde se distancia, de fato, da proposta explícita na Lei 5.691.

VII. SUGESTOES

VII - SUGESTÕES

Tendo em vista os resultados e a discussão dos dados do presente estudo, parece oportuno apresentar um programa de Saúde Bucal, a fim de que seja o mesmo apreciado por todos os profissionais da saúde envolvidos nesta complexa área da prática educativa.

O programa em anexo (6) fundamenta-se, em parte, no programa proposto pela "American Dental Association", tendo-se tido o cuidado de adaptá-lo às especificidades locais do nosso meio. Abrange todas as séries do primeiro grau, focalizando tópicos básicos e criando condições para que os alunos desenvolvam conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas que possam contribuir para o alcance de níveis satissfatórios de Saúde Bucal.

Espera-se que a divulgação deste programa permita melhor tratamento do conteúdo de ensino por parte de, entre outros, professores, dentistas, pais e pessoal da saúde, no lar, escola e comunidade. Os conteúdos são amplos. Isto não significa, entretanto, que devam ser utilizados rigidamente e sem espírito crítico mas, ao contrário, de acordo com as necessidades didáticas de cada grupo de alunos, respeitadas suas especificidades.

Precedendo o programa, apresenta-se um Glossário (Anexo 5). Este não se destina apenas aos professores, mas a todos os indivíduos envolvidos no processo educativo. Tem a finalidade de elucidar termos ou expressões contidas no programa que, por ventura, lhes sejam desconhecidos.

Espera-se que o programa aqui apresentado possa contribuir para o ensino da Saúde Bucal. Só assim ter-se-á atingido, de fato, o objetivo geral do presente estudo.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AINAMO, Jukka & BAY, Inger. Caries experience among children in Copenhagen. Community Dent. oral Epidemiol., 2(2): 75-9, 1974.
2. AINAMO, Jukka & HOLMBERG, Stig. A retrospective longitudinal study of caries prevalence during 7 years after free dental care at school in Finland. Community Dent. oral Epidemiol., 1(1): 30-6, 1973.
3. AINAMO, Jukka & PARVIAINEN, Kaarina. Occurrence of plaque gingivites and caries as related to self reported frequency of toothbrushing in fluoride areas in Finland. Community Dent. oral Epidemiol., 7(3): 142-6, 1979.
4. ALEXANDER, J.F. Escovas e escovações dentárias. In: MENAKER, L. Cáries dentárias: bases biológicas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.422-34.
5. ALFANO, C. Michael. Nutrição na cárie dentária. In: MENAKER, L. Cáries dentárias: bases biológicas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.310-11.
6. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Chicago. Ill. Learning about your oral health; a prevention-oriented School Program, Level I. Chicago, Ill., 1980.

7. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Chicago, Ill. Learning about your oral health; a preventive-oriented School Program, Level II. Chicago, Ill., 1980.
8. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Chicago, Ill. Learning about your oral health; a preventive-oriented School Program, Level III. Chicago, Ill., 1980.
9. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Chicago, Ill. Learning about your oral health; a preventive oriented School Program, Level IV. Chicago, Ill., 1980.
10. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Chicago, Ill. A prevention-oriented school based dental health program: guidelines for implementarion. Chicago, Ill., 1978. 4lp.
11. AXELSSON, Per & LINDHE, Jan. The effect of controlled oral hygiene and topical fluoried application on caries and gingivitis in Swedish schoolchildren. Community Dent. oral Epidemiol., 1(1): 9-16, 1973.
12. AXELSSON, Per et al. The effect of varios plaque control measures on gingivitis and caries in schoolchildren. Community Dent. oral Epidemiol., 4(6): 232-9, 1976.
13. BALOG, Joseph E. The concept of health and the role of health education. J. Sch. Hlth, 51 (7): 461-4, 1981.
14. BARROS, S. Estrutura e funcionamento do ensino do 1º grau. 2. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980, pag. 178.
15. BEAL, Sue & HURLEY, Robert S. The humanistic approach: a model for Dental Health Curriculum. J. Sch. Hlth, 52(1): 29-32, 1982.
16. BETSEY, Alden A. Position paper on dental health education. J. Sch. Hlth, 41(5): 264-6, 1971.
17. CANDEIAS, Nelly M.F. Ensino da saúde: interesses na área de saúde de escolares adolescentes. Cad. Pesq., S. Paulo (50): 40-2, 1984.

18. CANDEIAS, Nelly M.F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. Rev. Saúde Publ., S. Paulo, 18 (nº esp.): 2-60, 1984.
19. CHARLTON, Anne. Health education and the teacher's role. Int. J. Hlth Educ., 24(2): 102-12, 1981.
20. CHAVES, M.M. Odontologia social. 2. ed. Rio de Janeiro, Editorial Labor do Brasil, 1977, pag. 202.
21. COHEN, Leonard et al. Dental health education: using individual and community approaches in professional preparation. Int. J. Hlth Educ., 23(3): 179-88, 1980.
22. COHEN, Lois K. A position on school health education. J. Sch. Hlth, 40(7): 361-5, 1970.
23. CORMIER, Patricia P. et al. Dental health Knowledge tests ; their development implementation and evaluation. J. Sch. Hlth, 48(10): 610-4, 1978.
24. CRAFT, Michael. A motivation model for preventive dental behaviour. Int. J. Hlth Educ., 23(3): 194-293, 1978.
25. DEATRICKK, Deborah A. & SORG, James D. Generation superintendent support for school preventive dental programs. J. Sch. Hlth, 52(1): 46-9, 1982.
26. FRAZIER, JEAN P. et al. Preventive dental programs for school-age children in 8 countries: pilot survey, 1979. Int. dent. J., 32(2): 204-12, 1982.
27. GREIN, N.J. Halitose: diagnostico e tratamento. In: Odonólogo Moderno, Cursos 2. Rio de Janeiro, s.d. p.58-9.
28. GUNDERSON, E.K. Body size, self-evaluation, and military effectiveness. J. Pers. soc. Psychol., 2: 902-6, 1965.
29. GUTMAN, Ross E. School programs need teeth. J. Sch. Hlth, 41(9): 505-6, 1971.

30. HAUGEJORDEN, H. & HELØE, A. Fluorides for everyone: a review of school-based or community programs. Community Dent. oral Epidemiol., 9(4): 159-69, 1981.
31. HIGIENE dental; reunión de un grupo de consultores de la OMS. Cron. Org. Mund. Salud, 9: 11-6, 1955.
32. HOROWITZ, Herschel S. A review of systemic and topical fluorides for the prevention of dental caries. Community Dent. oral Epidemiol., 1(3): 104-14, 1975.
33. JORKJEND, L. & BIRKELAND, J.M. Plaque and gengivitis among Norwegian children participating in a dental health program. Community Dent. oral Epidemiol., 1(2): 41-6, 1973.
34. JOURARD, S. & SECORD, P. Body cathexis as a factor in somatic complaints. J. Consult. Psychol. 50: 243-6, 1955.
35. KATZ, Simon. Odontologia preventiva en acción. Buenos Aires Panamericana, 1975. p.120.
36. KLEINBERG, I. & JENKIS, G.N. The pH of dental plaques in the different areas of the mouth before and after meals and their relationship to the pH rate of flow of resting saliva. Arch. oral Biol., 9: 493-516, 1964.
37. KRIPPENE, Betty et al. The Oakfield Project in dental health education. J. Sch. Hlth, 37(8): 391-4, 1967.
38. LACAZ NETTO, Rogério et al. Epidemiologia da doença periodontal. Ars Curandi Odont., 5(8): 25-32, 1978.
39. LEE, John A. Daily. Dry toothbrushing in Kindergarden. J. Sch. Hlth, 50(9): 506-8, 1980.
40. LIMA, Gerson Z. de. Saúde escolar e educação. São Paulo, Cortez, 1985.

41. LINDHE, J. et al. Effect of proper oral hygiene on gingivitis and dental caries in Swedish school children. Community Dent. oral Epidemiol., 3(4): 150-5, 1975.
42. LOE, H. et al. Experimental gingivitis in man. J. Periodontal., 36: 177-87, 1965.
43. McDONALD, Ralph & AVERY, David R. Odontopediatria 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986.
44. MACEDO, N.L. de & LACAZ NETTO, R. Manual de higienização bucal: motivação dos pacientes. Rio de Janeiro, Editora de Publicações Médicas, 1987. p.28.
45. MADDICK, J.H. Assessment of a programme of health education. J. Sch. Hlth, 40(5): 273-4, 1970.
46. MARCONDES, Ruth S. Educação em saúde na escola. São Paulo, USP/FSP/DESP, s.d. [Mimeografado].
47. MOREIRA, Eurico J.G. et al. Prevalência de doença periodontal em escolares; levantamento realizado por acadêmicos em São José dos Campos SP. Ars Curandi Odont., 5(6): 17-22, set. 1978.
48. MOSER, C.A. & KALTON, G. Survey methods in social investigation. 2.ed. New York, Basic Books Publ., 1972.
49. NAVIA, Juan M. Bioquímica na placa. In: MENAKER, Lewis. Caries dentárias: bases biológicas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.276.
50. NORMALIZACIÓN de las estadísticas en las encuestas de higiene dental. Crón. Org. Mund. Salud. 16(10): 420-5, 1962.
51. NORTH, A. Frederich. Dental health education for the pre-school and primary grades. J. Sch. Hlth, 40(9): 507-9, 1970.

52. OPPENHEIM, A.N. Questionnaire design and attitude measurement. New York, Basic Books, 1966.
53. PINTO, V.G. Saúde bucal no Brasil. Rev. Saúde publ., S. Paulo, 17: 316-27, 1983.
54. RIBEIRO, H.A.G. et alii. Educação para saúde nas escolas da rede estadual de ensino - São Paulo - 1982. São Paulo, Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas, 1982.
55. RUBINSON, Laurina. Evaluating school dental health education programs. J. Sch. Hlth, 52(1): 26-8, 1982.
56. SAO PAULO. Leis decretos, etc. Decreto nº 7.510, de 29 jan. 1976: Reorganiza a Secretaria de Estado de Educação Diário Oficial, São Paulo, 30 jan. 1976. p.2-17.
57. SAO PAULO. Secretaria de Educação. Guias curriculares propostos para as matérias do núcleo comum do ensino do 1º grau. São Paulo, CERHUPE, 1975.
58. SCHROEDER, H.E. Quantitative parameters of early human gingival inflammation. Arch. oral Biol., 15: 383-400, 1970.
59. SECOURD, P. & JOURARD, S. The Appraisal of body cathexis; body cathexis and the self. J. Consult. Psychol., 17: 343-7, 1953.
60. STEAN, H. & FORWARD, G.C. Measurement of plaque growth following toothbrushing. Community Dent. oral Epidemiol., 8(8): 420-3, 1980.
61. TARZIA, Olimpia. Prevenção da cárie dental. Bauru, Universidade de Bauru, 1987. [Mimeografado].
62. TAUB, Alyson. Dental health education: rhetoric or reality? J. Sch. Hlth, 52(1): 10-2, 1982.

63. TELES, J.C.B. Assistência odontológica no país: perspectivas, 1. Cad. Saúde publ., Rio de Janeiro, 1(2): 254, 1985.
64. UCHOA, Hélio Assistência odontológica no país: perspectivas, 2. Cad. Saúde publ., Rio de Janeiro, 1(2): 263-9, 1985.
65. VIEGAS, A.R. A assistência previdenciária da saúde da boca. Sel. odontol., S. Paulo, 4(35): 8-11, 1973.
66. VIEGAS, A.R. Problemas de saúde bucal no escolar. Odont. din., S. Paulo 1(6): 9-13, 1967.
67. VIEGAS, Y. & VIEGAS, A.R. Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Barretos, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 19: 287-99, 1985.
68. WATKINS, D. & PARK, J. The role of subjective importance in self evaluation. Austr. J. Psychol., 24: 209-10, 1972.
69. WEIBURG, J. A further investigation of body cathexis and self. J. Consult. Psychol., 24: 277, 1960.

A N E X O S

A N E X O 1. DIVISÃO REGIONAL DE ENSINO DA CAPITAL

DIVISÃO REGIONAL DE ENSINO DA CAPITAL
DRE-CAP 3

<u>LOCAL</u>	<u>Nº DE ESCOLAS</u>
Lapa	2
Alto da Lapa	3
Subsdistrito 29 - Perdizes	8
" 32 - Santa Cecília	3
" 33 - Santa Efigenia	2
" 05 - Bela Vista	2
" 15 - Consolação	2
" 20 - Jardim América	2
" 21 - Jardim Paulista	5
" 30 - Pinheiros	3
" 44 - Vila Madalena	4
" 46 - Vila Mariana	6
" 10 - Butantã	32
" 16 - Ibirapuera	8
" 17 - Indianópolis	4
" 02 - Aclimação	2
" 13 - Cambuci	3
" 18 - Ipiranga	20
" 23 - Liberdade	2
" 19 - Jabaquara	25
" 36 - Saúde	24
" 35 - Santo Amaro	68
" 38 - Capela do Socorro	61
" 54 - Parelheiros	15
TOTAL	306

A N E X O 2. ESCOLAS SORTEADAS

ESCOLAS SORTEADAS

1. BORBA GATO
2. MAESTRO FABIANO
3. LEONOR QUADROS
4. ANA ROSA
5. DIVA MARIA
6. MARTINA FRANCISCO
7. OSCAR THOMPSON
8. ARTHUR SABOIA
9. ARTHUR GUIMARÃES
10. ALFREDO BRESSER
11. FRANCISCO A. REIS
12. CELESTE SONNOWEND
13. MAJOR ARCY
14. Dr. DUARTE LEOPOLDO
15. Profa. JUVENTINA SANTANA
16. PADRE FRANCISCO J. AZEVEDO
17. MARIA P. GIANNASI
18. DOMINGOS QUIRINO FERREIRA
19. JOSÉ CÂNDIDO DE SOUZA
20. THOMÁZIO MONTORO
21. Prof. GERALDO DE LIMA
22. Prof. ALMEIDA JUNIOR
23. Prof. PAULO ROSSI
24. Prof. ALCIDES VIDIGAL
25. ALBERTO SALLOTI
26. LUIZ GONZAGA D. DA SILVA
27. GUIOMAR R. RINALDI
28. JOÃO BATISTA DE CARVALHO
29. VALENTIN GENTIL
30. ADELINA ISSA ASCHAR
31. Dr. ANGELO MENDES DE ALMEIDA
32. Deputado RUBENS AMARAL
33. Prof. RENATO BRAGA
34. Prof. LEOPOLDO SANTANA
35. JOAQUIM ADOLFO DE ARAUJO
36. ASSIS CHATEAUBRIAND
37. FRANCISCO DE PAULA V. DE AZEVEDO
38. Prof. HILTON REIS SANTOS

A N E X O 3. CRONOLOGIA DA DENTIÇÃO HUMANA

CRONOLOGIA DA DENTIÇÃO HUMANA*

DENTE			INÍCIO DA FORMAÇÃO DE TECIDO DURO	MONTANTE DE ESMALTE FORMADO AO NASCER	ESMALTE COMPLETADO	ERUPÇÃO	RAIZ COMPLETADA
Dentição Decídua	Maxilar	Incisivo central	4 meses in utero	Cinco sextos	1 1/2 mes	7 1/2 meses	1 1/2 ano
		Incisivo lateral	4 1/2 meses in utero	Dois terços	2 1/2 meses	9 meses	2 anos
		Canino	5 meses in utero	Um terço	9 meses	18 meses	3 1/4 anos
		Primeiro molar	5 meses in utero	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 1/2 anos
		Segundo molar	6 meses in utero	Pontas das cúspides ainda separadas	11 meses	24 meses	3 anos
	Mandibular	Incisivo central	4 1/2 meses in utero	Três quintos	2 1/2 meses	6 meses	1 1/2 anos
		Incisivo lateral	4 1/2 meses in utero	Três quintos	3 meses	7 meses	1 1/2 anos
		Canino	5 meses in utero	Um terço	9 meses	16 meses	3 1/4 anos
		Primeiro molar	5 meses in utero	Cúspides unidas	5 1/2 meses	12 meses	2 1/4 anos
		Segundo molar	6 meses in utero	Pontas das cúspides ainda separadas	10 meses	20 meses	3 anos
Dentição Permanente	Maxilar	Incisivo central	3-4 meses	-	4-5 anos	7-8 anos	10 anos
		Incisivo lateral	10-12 meses	-	4-5 anos	8-9 anos	11 anos
		Canino	4-5 meses	-	6-7 anos	11-12 anos	13-15 anos
		Primeiro pré-molar	18-21 meses	-	5-6 anos	10-11 anos	12-13 anos
		Segundo pré-molar	24-27 meses	-	6-7 anos	10-12 anos	12-14 anos
		Primeiro molar	Ao nascer	Às vezes, indícios	2 1/2-3 anos	6-7 anos	9-10 anos
		Segundo molar	2 1/2-3 anos	-	7-8 anos	12-13 anos	16-16 anos
		Terceiro molar	7-9 anos	-	12-16 anos	17-21 anos	18-25 anos
	Mandibular	Incisivo central	3-4 meses	-	4-5 anos	6-7 anos	9 anos
		Incisivo lateral	3-4 meses	-	4-5 anos	7-8 anos	10 anos
		Canino	4-5 meses	-	6-7 anos	9-10 anos	12-14 anos
		Primeiro pré-molar	21-24 meses	-	5-6 anos	10-12 anos	12-13 anos
		Segundo pré-molar	27-30 meses	-	6-7 anos	11-12 anos	13-14 anos
		Primeiro molar	Ao nascer	Às vezes, indícios	2 1/2-3 anos	6-7 anos	9-10 anos
		Segundo molar	2 1/2-3 anos	-	7-8 anos	11-13 anos	14-15 anos
		Terceiro molar	8-10 anos	-	12-16 anos	17-21 anos	18-25 anos

* Logan, W.H.G. e Kronfeld, R.: J.A.D.A. 20:379, 1933; ligeiramente modificado por McCall e Schour.

A N E X O 4. QUESTIONARIO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O QUESTIONÁRIO

EM RELAÇÃO A CADA PERGUNTA:

- 1 - LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTA antes de ASSINALAR a sua escolha, quando for este o caso.
- 2 - REFLITA SOBRE O SENTIDO de cada alternativa.
- 3 - ASSINALE A ALTERNATIVA que mais corresponde ao seu ponto de vista, de acordo com as ORIENTAÇÕES REFERIDAS NO QUESTIONÁRIO.
- 4 - Se for o caso, ESCREVA A RESPOSTA PEDIDA.
- 5 - Se não entender alguma pergunta, LEIA NOVAMENTE OU PERGUNTE À PESSOA RESPONSÁVEL.
- 6 - RESPONDA A TODAS as perguntas

Não há tempo limitado

Não é preciso escrever seu nome no questionário

Nº DA
PERGUNTA

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ORDEM DO CARTÃO

1 2 3 4

1
5

NOME DA ESCOLA _____

1 - PERÍODO:

1. DIURNO _____

2. NOTURNO _____

6

2 - IDADE: _____ anos

7 8

3 - DATA DE NASCIMENTO: ____ de _____ de ____

9 14

4 - SEXO:

1. MASCULINO _____

2. FEMININO _____

15

5 - VOCÊ MORA COM SEU PAI E SUA MÃE?

1. SIM _____ (se respondeu sim, vá para a pergunta nº 7)

2. NÃO _____

16

(Apenas para os que responderam não na pergunta nº 5)

6

- INDIQUE COM QUEM VOCÊ MORA:

COM O PAI E MADRASTA	1.	_____
COM A MÃE E PADRASTO	2.	_____
SÓ COM O PAI	3.	_____
SÓ COM A MÃE	4.	_____
COM PARENTES, SEM OS PAIS	5.	_____
COM OUTRAS PESSOAS, SEM OS PAIS	6.	_____
SOZINHO	7.	_____

☐
17

7-8

- ASSINALE ABAIXO O ÚLTIMO CURSO QUE SEUS PAIS CONCLUIRAM:

	PAI	MÃE
1. NENHUM CURSO	_____	_____
2. ANTIGO PRIMÁRIO	_____	_____
3. ANTIGO GINÁSIO	_____	_____
4. COLEGIAL, NORMAL OU TÉCNICO	_____	_____
5. FACULDADE	_____	_____

PAI
☐
18

MÃE
☐
19

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
9	<p>- VOCÊ TRABALHA?</p> <p>1. SIM _____ (Se respondeu <u>sim</u>, vá para a pergunta 10)</p> <p>2. NÃO _____ (Se respondeu <u>não</u>, vá para a pergunta 12)</p>	<div data-bbox="1937 268 1984 305"></div> <div data-bbox="1937 313 1984 333">20</div>
10	<p>- (Apenas para os que responderam <u>sim</u> na pergunta 9)</p> <p>O QUE VOCÊ FAZ?</p>	<div data-bbox="1923 554 2032 590"></div> <div data-bbox="1923 599 2032 618">21 22</div>
11	<p>- QUANTAS HORAS POR DIA VOCÊ TRABALHA?</p> <p>_____ horas.</p>	<div data-bbox="1927 884 1984 921"></div> <div data-bbox="1927 929 1984 949">23</div>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS															
	<p><u>ORIENTAÇÃO:</u> Enumeram-se a seguir (perguntas <u>12</u> a <u>22</u>) alguns fatores que influenciam o grau de satisfação que o indivíduo sente em relação à sua vida.</p> <p>Na coluna SATISFAÇÃO, ao lado dos fatores, indique, por meio de um número, até que ponto você está satisfeito com cada um dos fatores.</p> <p>Utilize, para isso, a seguinte escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NÃO ESTOU SATISFEITO(A) 2. ESTOU PARCIALMENTE SATISFEITO(A) 3. ESTOU MUITO SATISFEITO(A) 																
	<table> <thead> <tr> <th></th><th><u>FATORES</u></th><th><u>SATISFAÇÃO</u></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td><td>- SUA SAÚDE</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>13</td><td>- SEU ASPECTO FÍSICO</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>14</td><td>- SEU AFAZERES (escola, em casa, trabalho, outros)</td><td>_____</td></tr> <tr> <td>15</td><td>- SUA HABILIDADE PARA LIDAR COM PESSOAS</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		<u>FATORES</u>	<u>SATISFAÇÃO</u>	12	- SUA SAÚDE	_____	13	- SEU ASPECTO FÍSICO	_____	14	- SEU AFAZERES (escola, em casa, trabalho, outros)	_____	15	- SUA HABILIDADE PARA LIDAR COM PESSOAS	_____	<div> <div></div> <div>24</div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div>25</div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div>26</div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div>27</div> <div></div> </div>
	<u>FATORES</u>	<u>SATISFAÇÃO</u>															
12	- SUA SAÚDE	_____															
13	- SEU ASPECTO FÍSICO	_____															
14	- SEU AFAZERES (escola, em casa, trabalho, outros)	_____															
15	- SUA HABILIDADE PARA LIDAR COM PESSOAS	_____															

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

1. NÃO ESTOU SATISFEITO(A)
2. ESTOU PARCIALMENTE SATISFEITO(A)
3. ESTOU MUITO SATISFEITO(A)

FATORES

SATISFAÇÃO

16	- SEU RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS	_____
17	- SEU RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA	_____
18	- SEU RELACIONAMENTO COM O OUTRO SEXO	_____
19	- SUA VIDA ESPIRITUAL	_____
20	- SUA HABILIDADE PARA CONTROLAR PESSOAS	_____
21	- SUAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS PARA GASTOS PESSOAIS	_____
22	- SEU AJUSTAMENTO À VIDA	_____

2 8

2 9

3 0

3 1

3 2

3 3

3 4

3 4

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
	<p><u>ORIENTAÇÃO:</u> Você encontrará, a seguir, algumas características do ser humano.</p> <p>Considere cada um dos itens e preencha ao lado (____) de acordo com esta escala:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>Acho extremamente importante</i></p> <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Acho importante</i></p> <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Não tenho opinião a respeito</i></p> <p>3</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Acho sem importância</i></p> <p>4</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Acho sem importância alguma</i></p> <p>5</p> </div> </div>	
23	- CABELO _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 35
24	- PELE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 36
25	- APETITE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 37
26	- MÃOS _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 38

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S					Nº DAS COLUNAS
	Acho extremamente importante	Acho importante	Não tenho opinião a respeito	Acho sem importância	Acho sem importância alguma	
	1	2	3	4	5	
27	- DISTRIBUIÇÃO DE PÊLOS PELO CORPO					<div></div> 39
28	- NARIZ					<div></div> 40
29	- FORÇA FÍSICA					<div></div> 41
30	- FUNCIONAMENTO DO INTESTINO E BEXIGA					<div></div> 42
31	- VOZ					<div></div> 43
32	- SAÚDE					<div></div> 44
33	- ATIVIDADE SEXUAL					<div></div> 45

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S					Nº DAS COLUNAS
	Acho extremamente importante	Acho importante	Não tenho opinião a respeito	Acho sem importância	Acho sem importância alguma	
	1	2	3	4	5	
34	- JOELHOS					<div data-bbox="1963 581 2011 616"></div> 46
35	- POSTURA					<div data-bbox="1963 679 2011 714"></div> 47
36	- ROSTO					<div data-bbox="1963 777 2011 812"></div> 48
37	- PESO					<div data-bbox="1963 875 2011 909"></div> 49
38	- ORGÃOS GENITAIS					<div data-bbox="1963 972 2011 1007"></div> 50
39	- DIGESTÃO					<div data-bbox="1963 1071 2011 1106"></div> 51
40	- QUADRIS					<div data-bbox="1963 1169 2011 1204"></div> 52
41	- RESISTÊNCIA A DOENÇAS					<div data-bbox="1963 1267 2011 1302"></div> 53

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES					Nº DAS COLUNAS
	Acho extremamente importante	Acho importante	Não tenho opinião a respeito	Acho sem importância	Acho sem importância alguma	
	1	2	3	4	5	
42	- PERNAS					<div data-bbox="1970 596 2023 630"></div> 54
43	- DENTES					<div data-bbox="1970 691 2023 725"></div> 55
44	- IMPULSO SEXUAL					<div data-bbox="1970 786 2023 820"></div> 56
45	- PÉS					<div data-bbox="1970 882 2023 915"></div> 57
46	- SONO					<div data-bbox="1970 977 2023 1010"></div> 58
47	- PERFIL					<div data-bbox="1970 1072 2023 1106"></div> 59
48	- ALTURA					<div data-bbox="1970 1167 2023 1201"></div> 60
49	- PERCEPÇÃO DE SENSações					<div data-bbox="1970 1257 2023 1290"></div> 61

Nº DA
PERGUNTA

QUESTÕES

Nº DAS
COLUNAS

	Acho extremamente importante	Acho importante	Não tenho opinião a respeito	Acho sem importância	Acho sem importância alguma	
	1	2	3	4	5	
50	- TOLERÂNCIA À DOR			_____		<div></div> 62
51	- LARGURA DE OMBROS			_____		<div></div> 63
52	- BRAÇOS			_____		<div></div> 64
53	- SEIOS			_____		<div></div> 65
54	- OLHOS			_____		<div></div> 66
55	- FORÇA MUSCULAR			_____		<div></div> 67
56	- CINTURA			_____		<div></div> 68
57	- ENERGIA			_____		<div></div> 69

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

Acho
extremamente
importante

Acho
importante

Não tenho
opinião
a respeito

Acho sem
importância

Acho sem
importância
alguma

1

2

3

4

5

58

- COSTAS

70

59

- ORELHAS

71

60

- IDADE

72

61

- QUEIXO

73

62

- FORMA DO CORPO

74

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
65	- PODERIA CITAR AS DIFERENTES PARTES DOS DENTES?	<div data-bbox="1977 261 2032 297" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1984 308 2025 325" style="text-align: center;">7 8</div>
66	- PODERIA DESCREVER O QUE DÁ ORIGEM À FORMAÇÃO DA CÁRIE?	<div data-bbox="1977 458 2032 494" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
67	- VOCÊ SABE O QUE SIGNIFICA DOENÇA PERIODONTAL?	<div data-bbox="1977 651 2032 686" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div data-bbox="561 751 771 779">1. SIM _____</div> <div data-bbox="561 808 1268 843">2. NÃO _____ (vã para a pergunta 70)</div>	
67-A	<div data-bbox="525 1179 1551 1215">- (Apenas para os que responderam <u>sim</u>, na pergunta 67)</div> <div data-bbox="549 1258 1366 1293">O QUE VOCÊ ENTENDE POR DOENÇA PERIODONTAL?</div>	<div data-bbox="1930 1065 2137 1129"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 1 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div data-bbox="1984 1150 2039 1215"> <div data-bbox="1984 1150 2039 1186" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">2</div> <div data-bbox="2001 1193 2023 1210" style="text-align: center;">5</div> </div> <div data-bbox="1984 1258 2051 1322"> <div data-bbox="1984 1258 2051 1293" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="2008 1308 2025 1322" style="text-align: center;">6</div> </div>

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

ORIENTAÇÃO: Em relação às perguntas 68 a 78, coloque no espaço indicado (___) o número que melhor expressa a sua opinião de acordo com a escala abaixo:

<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo um pouco</i>	<i>Discordo muito pouco</i>	<i>Concordo muito pouco</i>	<i>Concordo um pouco</i>	<i>Concordo totalmente</i>
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------------

1 2 3 4 5 6

REPARE QUE NO POLO ESQUERDO SE ENCONTRA O NÚMERO 1, CORRESPONDENDO AO MÁXIMO DE DISCORDÂNCIA.

NO POLO DIREITO O NÚMERO 6 CORRESPONDENDO AO MÁXIMO DE CONCORDÂNCIA.

68 - SE EU FOR CUIDADOSO(A) POSSO EVITAR DOENÇAS. _____

7

69 - ADOEÇO PELO FATO DE TER FEITO ALGUMA COISA
OU DE TER DEIXADO DE FAZER ALGUMA COISA. _____

8

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES						Nº DAS COLUNAS
	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Discordo muito pouco	Concordo muito pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente	
	1	2	3	4	5	6	
70	- A BOA SAÚDE ESTÁ MUITO LIGADA À SORTE DO INDIVÍDUO.						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 9
71	- NÃO IMPORTA O QUE EU FAÇA, SE EU TIVER QUE FICAR DOENTE FICO MESMO.						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 10
72	- A MAIOR PARTE DAS PESSOAS NÃO COMPREENDEM ATÉ QUE PONTO SUAS DOENÇAS SÃO INFLUENCIADAS POR FATORES ACIDENTAIS.						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 11
73	- EU SÓ POSSO FAZER O QUE O MEU MÉDICO DIZ PARA FAZER.						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12
74	- HÁ TANTAS DOENÇAS ESTRANHAS AO NOSSO REDOR QUE NÃO SABEMOS NUNCA COMO OU QUANDO VAMOS PEGAR UMA DELAS.						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 13

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES						Nº DAS COLUNAS
	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Discordo muito pouco	Concordo muito pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente	
	1	2	3	4	5	6	
<u>75</u>	- QUANDO ME SINTO DOENTE, SEI QUE É PORQUE NÃO TENHO FEITO EXERCÍCIOS OU ME ALIMENTADO CORRETAMENTE.						<u>14</u>
<u>76</u>	- AS PESSOAS NÃO PEGAM DOENÇAS DEVIDO APENAS AO FATOR SORTE.						<u>15</u>
<u>77</u>	- A MÃ SAUDE DAS PESSOAS RESULTA DOS SEUS PRÓPRIOS DESCUIDOS.						<u>16</u>
<u>78</u>	- SOU DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA MINHA SAUDE.						<u>17</u>

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

			GRAU DE DIFICULDADE	
	<u>ORIENTAÇÃO:</u>	Enumere em ordem de- crescente de dificul- dade, quais das 8 prã- ticas ligadas à saú- de bucal são mais fá- ceis de serem reali- zadas por você.	PRÁTICA	
79		Dê o número 1 para a prática mais fácil de você realizar e dê o número 8 para a prática mais difícil de você realizar.	ADOTAR UMA ALIMENTAÇÃO POBRE EM AÇUCAR.	☐ 18
80			PROCURAR SA- BER COMO PÔ- DEMOS EVI- TAR PROBLE- MAS BUCAIS.	☒ 19
81			VISITAR RE- GULARMENTE O DENTISTA.	☐ 20
82			USAR O FIO DENTAL.	☐ 21
83		<u>ATENÇÃO:</u> não se esqueça, use o número 1 para a prática mais fácil e nú- mero 8 para a prática mais difícil.	ADOTAR UMA ALIMENTAÇÃO À BASE DE OVOS, LEITE, CARNES E LE- GUMES.	☐ 22

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLONAS

PRÁTICA

GRAU DE
DIFICULDADE

84

ESCOVAR OS
DENTES.

—

┌
23

85

USAR PASTI-
LHAS EVIDEN-
CIADORAS DE
PLACA DEN-
TAL.

—

┌
24

86

SUBSTITUIR
VELHAS ESCO-
VAS DE DEN-
TES.

—

┌
25

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
	<p><u>ORIENTAÇÃO:</u> Leia com atenção os tópicos abaixo e <u>colo</u> que no espaço ao lado o número que melhor corresponder a seu ponto de vista, quanto a cada um deles.</p> <p>1. CONCORDO.</p> <p>2. DISCORDO</p> <p>3. NÃO TENHO OPINIÃO</p>	
87	<p>- PARA MIM É SUFICIENTE ESCOVAR OS DENTES ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ.</p>	<div data-bbox="1932 945 1989 1011"> <div></div> 26 </div> <div data-bbox="1932 1120 1989 1186"> <div></div> 27 </div>
88	<p>- PARA MIM É SUFICIENTE ESCOVAR OS DENTES ANTES E DEPOIS DO CAFÉ DA MANHÃ.</p>	

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

1. CONCORDO

2. DISCORDO

3. NÃO TENHO OPINIÃO

89 - DEVO ESCOVAR OS MEUS DENTES APÓS CADA REFEIÇÃO.

☐
28

90 - ALÉM DE ESCOVAR OS DENTES DEVO TAMBÉM USAR O
FIO DENTAL.

☐
29

91 - PERIODICAMENTE EXAMINO MINHA ESCOVA DE DENTES
PARA VERIFICAR SE AINDA PERMITE UMA BOA ESCO-
VAÇÃO.

☐
30

92 - UMA ESCOVA DE DENTES DEVE SER BEM DURA.

☐
31

Nº DA
PERGUNTA

QUESTÕES

Nº DAS
COLUNAS

1. CONCORDO

2. DISCORDO

3. NÃO TENHO OPINIÃO

93

- A ESCOVA DE DENTES DEVE SER BEM MACIA.

32

94

- A MELHOR QUALIDADE DE UMA ESCOVA DE DENTES É
DURAR MUITO.

33

95

- NÃO ADIANTA ESCOVAR OS DENTES SEM PASTA DE
DENTES.

34

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

ORIENTAÇÃO: Temos aqui 10 afirmações (perguntas de 96 a 105) sobre saúde bucal.

Por favor, assinale quais dessas 10 afirmações são falsas ou verdadeiras.

96

- A MAIOR PARTE DAS PESSOAS PERDEM OS DENTES APÓS OS 45 ANOS DE IDADE E NÃO HÁ MANEIRA DE MODIFICAR A SITUAÇÃO.

☐ FALSA

☐ VERDADEIRA

☐ NÃO SEI

☐
35

97

- A PLACA DENTAL É UMA PELÍCULA FINA E INCOLOR QUE CONTEM BACTÉRIAS, AS QUAIS PODEM CAUSAR A CÁRIE DENTAL E DOENÇA NAS GENGIVAS.

☐ FALSA

☐ VERDADEIRA

☐ NÃO SEI

☐
36

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
98	<p>- NÃO HÁ MOTIVO DE PREOCUPAÇÃO SE AS SUAS GENGIVAS SANGRAREM QUANDO VOCÊ ESCOVAR OS DENTES.</p> <p>_____ FALSA</p> <p>_____ VERDADEIRA</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="2001 301 2056 339" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="2008 344 2049 368" data-label="Text">37</div>
99	<p>- QUASE TODA A POPULAÇÃO JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE PROBLEMA BUCAL.</p> <p>_____ FALSA</p> <p>_____ VERDADEIRA</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="2001 608 2056 646" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="2008 651 2049 675" data-label="Text">38</div>
100	<p>- A PLACA DENTAL É O RESULTADO DO ALIMENTO INGERIDO.</p> <p>_____ FALSA</p> <p>_____ VERDADEIRA</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="2001 908 2056 946" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="2008 951 2049 975" data-label="Text">39</div>
101	<p>- A PLACA DENTAL FORMA-SE SOMENTE QUANDO VOCÊ INGERE ALIMENTOS RICOS EM AÇÚCAR.</p> <p>_____ FALSA</p> <p>_____ VERDADEIRA</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="2001 1186 2056 1225" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="2008 1229 2049 1253" data-label="Text">40</div>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
102	<p>- O MAU-HÁLITO PODE SER CAUSADO POR OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE, ALÉM DOS PROBLEMAS BUCAIS.</p> <p> ☐ FALSA ☐ VERDADEIRA ☐ NÃO SEI </p>	<div data-bbox="1974 269 2034 313" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1986 313 2022 342">41</div>
103	<p>- O FLÚOR É UMA SUBSTÂNCIA QUE AJUDA A PREVENIR A CÂRIE DENTAL.</p> <p> ☐ FALSA ☐ VERDADEIRA ☐ NÃO SEI </p>	<div data-bbox="1974 560 2034 604" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1986 604 2022 633">42</div>
104	<p>- A ESCOVAÇÃO PERMITE REMOVER A PLACA DENTAL COMPLETAMENTE.</p> <p> ☐ FALSA ☐ VERDADEIRA ☐ NÃO SEI </p>	<div data-bbox="1974 851 2034 895" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1986 895 2022 924">43</div>
105	<p>- SEM A PASTA DE DENTES É IMPOSSÍVEL REALIZAR UMA BOA ESCOVAÇÃO.</p> <p> ☐ FALSA ☐ VERDADEIRA ☐ NÃO SEI </p>	<div data-bbox="1974 1135 2034 1179" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1986 1179 2022 1208">44</div>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
	<p>ORIENTAÇÃO: Complete a frase assinalando a afirmação que lhe parece correta.</p>	
106	<p>- A PRIMEIRA VISITA DA CRIANÇA AO DENTISTA DEVE SER</p> <p> ☐ AOS 2 ANOS DE IDADE ☐ AOS 5 ANOS DE IDADE ☐ QUANDO TIVER DOR DE DENTES ☐ QUANDO TIVER TODOS OS DENTES DE LEITE ☐ QUANDO TIVER TODOS OS DENTES PERMANENTES ☐ NÃO SEI </p>	☐ <small>1. E</small>
107	<p>- O TOTAL DE DENTES DE LEITE É</p> <p> ☐ 32 DENTES ☐ 26 DENTES ☐ 16 DENTES ☐ 20 DENTES ☐ NÃO SEI </p>	☐ <small>46</small>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
108	<p>- A CALCIFICAÇÃO DOS DENTES PERMANENTES TEM INÍCIO:</p> <p>☐ AOS 3 ANOS DE IDADE</p> <p>☐ A PARTIR DO NASCIMENTO DA CRIANÇA</p> <p>☐ MESMO ANTES DO NASCIMENTO</p> <p>☐ AOS 6 ANOS DE IDADE</p> <p>☐ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1977 263 2032 327"> ☐ 47 </div>
109	<p>- A PRÁTICA DA ESCOVAÇÃO DEVE INICIAR-SE:</p> <p>☐ QUANDO SURGIREM OS PRIMEIRS DENTES DE LEITE</p> <p>☐ QUANDO SURGIR O PRIMEIRO DENTE PERMANENTE</p> <p>☐ AOS 3 ANOS DE IDADE</p> <p>☐ QUANDO TIVER TODOS OS DENTES DE LEITE</p> <p>☐ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1977 599 2032 663"> ☐ 48 </div>
110	<p>- A FORMAÇÃO DA DENTIÇÃO PERMANENTE TEM INÍCIO:</p> <p>☐ NA 6a. SEMANA DE GESTAÇÃO</p> <p>☐ NO 4º MÊS DE GESTAÇÃO</p> <p>☐ 6 MESES APÓS O NASCIMENTO</p> <p>☐ NO 5º MÊS DE GESTAÇÃO</p> <p>☐ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1977 935 2032 999"> ☐ 49 </div>

Nº DA
PERGUNTA

Q U E S T Õ E S

Nº DAS
COLUNAS

111

- A DENTIÇÃO PERMANENTE COMEÇA A SURGIR:

- ☐ AOS 3 ANOS
- ☐ AOS 9 ANOS
- ☐ AOS 6 ANOS
- ☐ AOS 11 ANOS
- ☐ NÃO SEI

☐
50

112

- OS PRIMEIROS DENTES DE LEITE NASCEM QUANDO A CRIANÇA
TEM:

- ☐ 1 ANO
- ☐ 1 MÊS
- ☐ 18 MESES
- ☐ 6 MESES
- ☐ NÃO SEI

☐
51

113

- OS PRIMEIROS DENTES PERMANENTES QUE SURGEM SÃO:

- ☐ OS PRIMEIROS MOLARES
- ☐ OS INCISIVOS CENTRAIS
- ☐ OS PRIMEIROS PRÉ-MOLARES
- ☐ OS SEGUNDOS PRÉ-MOLARES
- ☐ NÃO SEI

☐
52

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
114	<p>- AO INGERIR O FLÚOR, ESTE SE DEPOSITA:</p> <p>_____ NA RAIZ DO DENTE</p> <p>_____ NA PÓLPA DO DENTE</p> <p>_____ NO CEMENTO DO DENTE</p> <p>_____ NO ESMALTE DO DENTE</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1984 270 2037 305" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1984 312 2037 333" style="text-align: center;">53</div>
115	<p>- A INGESTÃO DO FLÚOR É MAIS EFICAZ:</p> <p>_____ ANTES DA ERUPÇÃO DOS DENTES</p> <p>_____ APÓS A ERUPÇÃO DOS DENTES</p> <p>_____ PARA OS JOVENS</p> <p>_____ PARA CRIANÇAS ATÉ 6 ANOS</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1984 606 2037 641" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1984 648 2037 669" style="text-align: center;">54</div>
116	<p>- O MEIO MAIS PRÁTICO; ECONÔMICO E ADEQUADO PARA SUPRIR A POPULAÇÃO DE FLÚOR É ATRAVÉS DE:</p> <p>_____ COMPRIMIDOS</p> <p>_____ PASTA DE DENTES</p> <p>_____ APLICAÇÃO DIRETA NOS DENTES</p> <p>_____ ÁGUA DE ABASTECIMENTO</p> <p>_____ NÃO SEI</p>	<div data-bbox="1984 986 2037 1021" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1984 1029 2037 1050" style="text-align: center;">55</div>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS												
	<p>ORIENTAÇÃO: Para cada sentença existe uma ou mais respostas certas.</p> <p>Faça um círculo ao redor da <u>letra</u> ou <u>das letras</u> que achar correta(s), em relação a cada uma das afirmações.</p>													
117	<p>- COMPÕEM A PLACA DENTAL:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div><div></div>56</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
118	<p>- ADEQUADO PARA LIMPAR A REGIÃO ENTRE OS DENTES:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div><div></div>57</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S	Nº DAS COLUNAS												
119	<p>- INDICA-SE PARA REMOÇÃO DA PLACA:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div><div></div><div>58</div></div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
120	<p>- INDICA-SE PARA PREVENIR PROBLEMAS BUCAIS:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div><div></div><div>59</div></div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS												
121	<p>- CAUSA DOENÇA NAS GENGIVAS:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>60</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
122	<p>- FACILITA A PERCEPÇÃO DA PLACA DENTAL:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>61</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S	Nº DAS COLUNAS												
123	<p>- PLACA DENTAL MAIS ENDURECIDA:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>62</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
124	<p>- PROVOCA CÁRIES:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>63</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS												
125	<p>- PROVOCA MAU-HÁLITO:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>64</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
126	<p>- AJUDA AS BACTÉRIAS A PRODUZIREM ÁCIDOS:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>65</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													
127	<p>- A DOENÇA DAS GENGIVAS PROVOCA O APARECIMENTO DE:</p> <table><tr><td>a - saliva</td><td>g - sangramento gengival</td></tr><tr><td>b - placa dental</td><td>h - evidenciador de placa</td></tr><tr><td>c - cálculo</td><td>i - escova de dentes</td></tr><tr><td>d - flúor</td><td>j - açúcar</td></tr><tr><td>e - bactérias</td><td>l - vírus</td></tr><tr><td>f - fio dental</td><td>m - mau-hálito</td></tr></table>	a - saliva	g - sangramento gengival	b - placa dental	h - evidenciador de placa	c - cálculo	i - escova de dentes	d - flúor	j - açúcar	e - bactérias	l - vírus	f - fio dental	m - mau-hálito	<div></div> <div>66</div>
a - saliva	g - sangramento gengival													
b - placa dental	h - evidenciador de placa													
c - cálculo	i - escova de dentes													
d - flúor	j - açúcar													
e - bactérias	l - vírus													
f - fio dental	m - mau-hálito													

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S	Nº DAS COLUNAS
	<p>ORIENTAÇÃO: Faça um círculo ao redor da letra que achar correta em relação a cada uma das afirmações.</p>	
128	<p>- O PRINCIPAL CONSTITUINTE DO TECIDO MUSCULAR:</p> <p>a - proteína</p> <p>b - gordura</p> <p>c - minerais</p> <p>d - carboidratos</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1923 519 1982 561" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="1930 564 1970 582" data-label="Text">67</div>
129	<p>- OS MINERAIS QUE DÃO FORÇA E RESISTÊNCIA AOS OSSOS E DENTES SÃO:</p> <p>a - ferro e tiamina</p> <p>b - macina e carboidrato</p> <p>c - riboflavina e flúor</p> <p>d - cálcio e fósforo</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1923 802 1982 844" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="1930 847 1970 865" data-label="Text">68</div>
130	<p>- UMA BOA FONTE DE VITAMINA C É:</p> <p>a - carne</p> <p>b - leite</p> <p>c - laranja</p> <p>d - ovos</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1923 1040 1982 1082" data-label="Form">☐</div> <div data-bbox="1930 1085 1970 1103" data-label="Text">69</div>

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S	Nº DAS COLUNAS
131	<p>- UMA ALIMENTAÇÃO MUITO RICA EM VITAMINA A DEVE SER INGERIDA:</p> <p>a - 1 vez por mês</p> <p>b - em dias alternados</p> <p>c - 1 vez por semana</p> <p>d - em todas as refeições</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1915 329 1970 368"></div> <div data-bbox="1915 375 1970 396">70</div>
132	<p>- UM GRANDE DANO É CAUSADO AOS DENTES QUANDO:</p> <p>a - comemos doces várias vezes ao dia</p> <p>b - comemos doces apenas uma vez por dia</p> <p>c - comemos doces após às refeições</p> <p>d - nunca comemos doces</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1915 601 1970 639"></div> <div data-bbox="1915 646 1970 668">71</div>
133	<p>- ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA C DEVEM SER INGERIDOS:</p> <p>a - 2 vezes por semana</p> <p>b - 1 vez por dia</p> <p>c - 1 vez por semana</p> <p>d - em todas às refeições</p> <p>e - não sei</p>	<div data-bbox="1915 915 1970 953"></div> <div data-bbox="1915 961 1970 982">72</div>

Nº DA PERGUNTA	QUESTÕES	Nº DAS COLUNAS
	ORIENTAÇÃO: Nas questões 137 a 144, indique se você recebeu qualquer informação sobre saúde bucal, das seguintes fontes:	
134	- SEUS PAIS 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 3</div>
135	- PROFESSORES 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 4</div>
136	- RÁDIO E TELEVISÃO 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 5</div>
137	- JORNAIS E REVISTAS 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 6</div>
138	- LIVROS DIDÁTICOS 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 7</div>
139	- DENTISTAS 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 8</div>
140	- OUTROS 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>7 9</div>
141	- NINGUÉM 1 - SIM _____ 2 - NÃO _____	<div></div> <div>8 0</div>

Nº DA PERGUNTA	Q U E S T Õ E S	Nº DAS COLUNAS
142	<p>- VOCÊ ACHOU O QUESTIONÁRIO.</p> <p>a - difícil de responder</p> <p>b - fácil de responder</p> <p>c - não tem opinião</p>	
143	<p>- VOCÊ GOSTARIA DE DIZER ALGUMA COISA A RESPEITO DESTE QUESTIONÁRIO?</p>	

A N E X O 5. GLOSSARIO

G L O S S Á R I O

- 1- ABCESSO - Área localizada, contendo pús e geralmente inflamada. O abcesso pode causar destruição dos tecidos na área da boca onde está localizado.
- 2- ÁCIDOS BUCAIS - Produzidos pelos microorganismos que estão localizados principalmente nos dentes. Quando os alimentos que contêm açúcar entram em contato com os microorganismos eles produzem ácidos que vão destruir o esmalte do dente dando origem à cárie.
- 3- ALVÉOLO - Parte dos maxilares onde os dentes se situam. Os alvéolos suportam os dentes, através dos ligamentos (vide item 40).
- 4- AMÁLGAMA - É o resultado da mistura do mercúrio com limalha de prata. É usado muito frequentemente nas restaurações dos dentes.
- 5- AUXILIAR DE CONSULTÓRIO - Profissional que auxilia o dentista em várias funções, desde a limpeza dos materiais, revelação de raios-X, o ensino da higine bucal e até mesmo aplicação de flúor.
- 6- BRUXISMO - Hábito de ranger os dentes, à noite, durante o sono.
- 7- CÁRIE DENTAL - O resultado do ataque dos ácidos produzidos pelos microorganismos quando em contato com açúcares. O esmalte é atacado e destruído. Esta destruição pode atingir todas as partes dos dentes.
- 8- CÁLCULO - Também conhecido como tártaro. É resultado da calcificação da placa dental. O cálculo ou tártaro se não for removido pelo dentista, vai penetrando pela gengiva, descolando-a, produzindo assim a doença periodontal.
- 9- CANAL - Parte da raiz do dente onde se situa a polpa dental (conhecido como o "nervo do dente").

- 10- CARBOHIDRATOS - Nutrientes que proporcionam grande parte da energia utilizada pelo organismo. Pães, mas sas e batatas são algumas das fontes de carbohidratos, além dos açúcares.
- 11- CAVIDADE - Preparo feito no dente pelo dentista para retirar o tecido carioso, e para receber a restauração ou "obturação".
- 12- CEMENTO - Tecido do dente que recobre a raiz.
- 13- CANINOS - Em números de quatro, dois superiores e dois inferiores, situados após os incisivos 'laterais. Servem para rasgar os alimentos.
- 14- CICATRÍCULA - Pequenas depressões que se localizam nas partes oclusais dos molares e pré-molares. Ajudam a reter alimentos e microorganismos.
- 15- CIRURGIÃO DENTISTA - Profissional destinado a prevenir e curar os problemas e doenças da boca.
- 16- COROA - Parte do dente que está exposta. A croa é recoberta pelo esmalte.
- 17- CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL - Dentista especializado em atuar em cirurgias da boca e da face. A cirurgia Buco Maxilo-Facial é uma das especialidades da Odontologia.
- 18- DENTINA - Tecido dental que se situa logo após o esmalte e cimento. É macio, sensível e protege a polpa do dente.
- 19- DENTIFRÍCIO - O dentifrício ou pasta de dentes é um produto amplamente difundido entre a população em geral, que o utiliza na escovação dos dentes. A pasta de dentes com flúor, constitui um mêtodo extremamente eficaz no combate às cáries.

- 20- DIETA CARIOGÊNICA - Alimentação rica em açúcares sob as mais diversas formas: balas, bolos, refrigerantes, sorvetes e etc... Este tipo de alimentação facilita a produção dos ácidos que irão atacar o esmalte do dente.
- 21- DIETA NÃO CARIOGÊNICA - Alimentação pobre em açúcares e equilibrada, que não ataca os dentes e alimenta corretamente. Podemos citar, leite e derivados, carne, frutas e legumes em geral.
- 22- DENTES DECÍDUOS - São os chamados dentes de leite. São os primeiros a erupcionarem. São em número de vinte e extremamente importantes para a dentição permanente, por isso a necessidade de merecer atenção e o tratamento adequado.
- 23- DENTES PERMANENTES - Iniciam sua erupção aos seis anos. O primeiro dente permanente a erupcionar é o molar de seis anos. Os dentes permanentes são 32, se for incluído os terceiros molares ou dentes de ciso, ou 28 se contar até os segundos molares.
- 24- DOENÇA PERIODONTAL - Doença que ataca o periodonto (gengivas) que é o tecido de sustentação dos dentes.
- 25- ESMALTE - Tecido duro e de cor branca que recobre toda a coroa do dente. É o tecido mais duro do corpo humano.
- 26- ESCOVAÇÃO - A maneira mais simples e eficiente de remover a placa dental que se adere aos dentes. Na escovação o mais importante é o uso da escova corretamente, imediatamente após as refeições.

- 27- ENDODONTIA - Uma especialidade da Odontologia que tem como finalidade o tratamento da polpa, conhecido também como "nervo do dente". Este procedimento é conhecido como tratamento do canal.
- 28- ERUPÇÃO - Passagem natural dos dentes pela gengiva. Referem-se à erupção como o "nascimento dos dentes".
- 29- EXPLORADOR - Também conhecido como sonda. É um instrumento de metal pontiagudo que é utilizado para localizar tecidos cariados nas superfícies dos dentes.
- 30- EXTRAÇÃO - Retirada do dente da cavidade bucal.
- 31- FLÚOR - Substância utilizada para fortalecer o esmalte dos dentes contra os ataques ácidos, protegendo-os contra a cárie dental.
- 32- FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO - Método barato e eficaz na redução da cárie e que consiste na colocação de flúor na água que abastece a população.
- 33- FLÚOR TÓPICO - Métodos individuais de aplicação de flúor:- em forma de gel, colocado na moldeira; - solução de fluoreto de sódio a 2%; - solução de flúor acidulado-fosfatado a 1,23%.
- 34- FLÚOR NOS BOCHECHOS - Os bochechos durante um minuto diariamente com flúor é um método barato e bastante eficaz na redução da cárie. É um método muito utilizado nas escolas.
- 35- GENGIVA - Gengiva (periodonto) é o tecido que recobre o osso alveolar circundando a coroa do dente.
- 36- GENGIVITE - Forma inicial da inflamação no periodonto.
- 37- HALITOSE - A halitose ou mau-hálito pode ser causada por má higiene bucal, por cáries ou doenças periodontais e também por problemas do aparelho digestivo.

- 38- INCISIVOS - São os dentes centrais da arcada dentária, sendo quatro superiores e quatro inferiores. Servem para cortar os alimentos.
- 39- LINGUA - Órgão que possui funções gustativas, sensitivas e de fonação.
- 40- LIGAMENTO PERIODONTAL - Fibras microscópicas que ligam o dente ao alveólo.
- 41- MÁ-OCCLUSÃO - Dentes situado fora da posição normal, não permitindo que os dentes se encaixem normalmente. A má-oclusão afeta a mastigação e a fonação, sendo também fator de cárie e de doenças periodontais.
- 42- MOLARES - São os últimos dentes da arcada dentária. Os molares decíduos são oito enquanto que os permanentes podem chegar a doze se incluir os terceiros molares ou "cisos". Tem a função de triturar os alimentos.
- 43- ODONTOPEDIATRA - Dentista especializado na prevenção, controle e tratamento de problemas bucais das crianças.
- 44- ODONTOPEDIATRIA - Parte da Odontologia especializada na prevenção e tratamento de problemas bucais das crianças.
- 45- ORTODONTIA - Especialidade Odontológica destinada à prevenção e tratamento das má-oclusões.
- 46- ORTODONTISTA - Dentista especializado na prevenção e tratamento das má-oclusões.
- 47- OSSO ALVEOLAR - Parte dos maxilares na qual os dentes es-tão situados. É o osso que forma o alvéolo.
- 48- PERIODONTIA - Especialidade da Odontologia que previne e trata dos problemas periodontais (ou da gengiva).

- 49- PERIODONTISTA - Dentista especializado na prevenção e tratamento de problemas do periodonto.
- 50- PERIODONTITE - Inflamação profunda do periodonto. Diferencia da gengivite por ser um processo inflamatório mais avançado.
- 51- PLACA DENTAL - Placa incolor que recobre os dentes e as margens da gengiva. É formada por bactérias e restos alimentares. É a causa principal da cárie dental e da doença periodontal.
- 52- POLPA - Tecido situado no interior da coroa dos dentes e no interior das raízes. É conhecido como "nervo do dente".
- 53- PULPITE - Processo inflamatório na polpa do dente extremamente doloroso.
- 54- PRÉ-MOLARES - Os pré-molares são dentes característicos da dentição permanente, não existindo na dentição decídua. São oito dentes, quatro superiores e quatro inferiores. Tem a função de triturar os alimentos.
- 55- RAIZ - Parte do dente que está fixada aos maxilares.
- 56- RAIOS X - Método utilizado para tirar uma foto radiográfica dos dentes com a finalidade de auxiliar no diagnóstico.
- 57- RADIOLOGIA - Parte da Odontologia que estuda os métodos radiográficos para auxiliar no diagnóstico e posteriormente encaminhar o tratamento de problemas bucais.
- 58- RESTAURAÇÃO - Colocação no dente de determinados materiais, adequados para reconstruir partes perdidas ou danificadas dos dentes.

- 59- SALIVA - Substância produzida pelas glândulas salivares que auxiliam a mastigação e a deglutição dos alimentos, e prevenção de cárie.
- 60- SELANTES - Material utilizado para recobrir a face dos dentes com a finalidade de protegê-los contra a cárie. É uma substância transparente que se fixa nos dentes.
- 61- VITAMINAS - São substâncias necessárias à vida e com algumas exceções não podem ser produzidas pelo organismo. São necessárias para a saúde em geral. Podem ser encontradas nos alimentos tais como: carnes, ovos, leite, verduras, frutas e legumes. Se houver deficiência de alguma vitamina, pode ser tomada sob a orientação de um médico ou dentista.

A N E X O 6 . P R O G R A M A D E E D U C A Ç Ã O E M S A Ú D E B U C A L

O PORQUÊ E O COMO DO CONTROLE DA PLACA

OBJETIVOS: Desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades para alcançar e manter um ótimo nível de saúde bucal.

Desenvolver uma compreensão do papel da placa na doença bucal.

Desenvolver a aceitação de responsabilidade pessoal pela remoção diária da placa.

Desenvolver habilidades necessárias para a remoção diária da placa:

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Discutir a importância de cuidar da boca.

Cuidar da boca é tão importante como cuidar de outras partes do corpo. Existem hábitos diários de saúde que toda a pessoa precisa praticar, isto é, dieta e nutrição adequadas, exercício apropriado, repouso adequado e higiene pessoal.

O cuidado diário da boca contribui para um sorriso atraente, hálito fresco e além disto, previne a doença bucal. A doença bucal mais difundida entre as crianças é a cárie dental (dente cariado).

Os indivíduos precisam ser informados que os dentes constituem um recurso natural destinado a durar uma vida inteira.

Definir a placa com palavras simples.

Placa definida: A placa é uma camada macia, pegajosa, incolor constituída por bactérias e por seus produtos secundários que se forma constantemente nos dentes de

Peça aos alunos que enumerem as razões para se ter uma boca. Enumere as respostas no quadro-negro.

Pergunte aos alunos: "A boca é uma parte importante do corpo? Por quê ou por que não?"

Peça aos alunos para descreverem o que fizeram durante a semana anterior para cuidar de suas próprias bocas.

Pergunte aos alunos "Por que é necessário limpar os dentes?"

todas as pessoas. As bactérias são mais perigosas quando se organizam em colônias, processo que leva cerca de 24 horas. Considera-se a placa bacteriana como a causa principal de duas doenças bucais muito comuns: cárie dental (dente cariado) e doença periodontal doenças das gengivas.

Placa e Cárie: Quando se comem alimentos contendo açúcar, as bactérias, na placa, decompõem o alimento, transformando o açúcar em ácido.

A placa faz com que o ácido adira à superfície do dente, causando a cárie.

O organismo não pode reparar, por si só, este dano. Se não for tratada por um dentista, a cárie se espalha por todo o dente.

O que é a Placa e o que Ela Faz?

A Placa Definida: A placa é uma camada macia, pegajosa, sem cor, decorrente de bactérias e seus subprodutos.

A placa, que se forma constantemente nos dentes de todas as pessoas, adere-se aos dentes especialmente perto da linha da gengiva, ao lado dos dentes nos sulcos e fissuras. Se a placa não for removida pode se endurecer (tornar-se mineralizada), sendo então denominada de cálculo. O cálculo não se forma se a placa for removida diariamente.

Faça uma lista de suas respostas no quadro-negro.

Diga aos alunos que, ao limparem os dentes e as gengivas, estão removendo algo denominado placa dental.

Enfatize que a placa deve ser removida diariamente para prevenir a doença bucal.

Mostrar a transparência "A Ação da Placa Dental".

Descrever o desenvolvimento da cárie dental (dente cariado), enfatizando o papel da placa.

Escrever uma definição de placa bucal.

A Ação da Placa Dental

= Ácido

= Dente
Cariado

= Doença
Perio.
dental

Explicar o relacionamento entre placa e doença bucal.

Placa e Cárie:

Quando se ingere alimento contendo açúcar, as bactérias formam ácidos na placa. A placa prende o ácido à superfície do dente. O ácido causa a cárie dental, formando buracos na cobertura de esmalte do dente.

O corpo não pode reparar este dano por si mesmo. O dentista deve remover a cárie e colocar uma restauração. Se não for tratada por um dentista, a cárie se espalhará por todo o dente.

Placa e Doença Periodontal (gingiva)

As bactérias na placa segregam substâncias que irritam as gengivas, causando inflamação. Quando a placa não é removida e se transforma em cálculo, continua a se formar placa sobre o cálculo.

Se não for tratada, a inflamação pode progredir fazendo com que as gengivas se desprendam vagarosamente dos dentes, deixando profundas bolsas que se enchem de bactérias e de pús. À medida que a doença progride, o osso que apoia os dentes é afetado. Os dentes afetados, por fim, tornam-se soltos, saindo de sua posição normal.

Se houver sangramento ao escovar os dentes ou ao se passar o fio dental, é porque há um sinal precoce de doença periodontal.

Peça aos alunos para trazere de casa ossos de galinha bem lavados. Embeba os ossos em vinagre por 4 dias. Demonstre então para a classe o efeito amaciador do ácido e como afeta o cálcio dos ossos.

Obtenha dentes extraídos de um dentista. Proteja uma porção de cada dente com cera. Coloque os dentes em várias soluções, tais como saliva, água com açúcar, refrigerante açucarado, ácido (vinagre), água com sal, etc. Observe as mudanças por um período de duas semanas.

Mostrar a transparência "Desenvolvimento da Cárie Dental".

Discuta o papel da placa no desenvolvimento da cárie dental e das doenças periodontais (gingiva).

Para explicar o efeito da inflamação, discuta com os alunos a analogia de como uma unha se afasta do dedo quando ocorre infecção ou irritação. Enfatize que quando ocorre uma inflamação na boca, as gengivas também se afastam vagarosamente dos dentes, deixando profundas bolsas.

Pergunte aos alunos quantos tiveram sangramento durante a escovação de seus dentes. Explique que isto é um sinal de doença periodontal e que eles podem ajudar a evitá-la, removendo diariamente a placa de seus dentes.

Desenvolvimento da Cárie Dental

- Uma pequena porção do esmalte é destruído

- A dentina é atacada

- A polpa é também atacada

- Se o dente não for salvo pelo tratamento de canal, deve ser extraído.

Reconhecer a placa na boca.

Demonstrar a capacidade para remover a placa através do uso do fio dental e da escovação.

Identificando a Placa

Como a placa não tem cor, pode ser "revelada" ou colorida com o auxílio de um agente revelador. Os agentes reveladores são tinturas inofensivas que mostram a localização da placa nos dentes.

Removendo a Placa

Para evitar as doenças bucais as crianças devem usar o fio dental e escovar os dentes logo após as refeições.

Afaste a Placa Usando o Fio Dental

O fio dental é necessário para remover a placa dos lados dos dentes e sob a linha da gengiva. Essas áreas devem ser limpas de uma forma perfeita porque a cárie e a doença periodontal frequentemente começam nessas áreas, onde a escova de dente em geral não atinge.

Método de segurar o fio dental mais fácil para crianças: faça um nó nas pontas de = aprox., 30 cm a 35 cm, para formar um círculo. Segure o círculo com o 3º, 4º e 5º dedos de cada mão. Use os polegares e os indicadores para guiar o fio.

Peça aos alunos usarem um agente revelador. Faça os alunos examinarem seus dentes e gengivas usando pequenos espelhos trazidos de casa. Utilizando a transparência, (Onde a Placa se Esconde"), explique que as áreas manchadas de vermelho representam a placa que precisa ser removida.

Peça aos alunos para indicarem maneiras de limpar os dentes e as gengivas, fazendo uma lista das sugestões no quadro-negro. Faça os alunos tentarem remover a placa colorida das seguintes maneiras:

- a. comendo alimentos duros
- b. enxaguando a boca com água
- c. mascando chicletes sem açúcar.

Este experimento é destinado a acabar com os mitos relacionados a alimentos detergentes, a bochechos e mascar chicletes, considerando, tudo isto, como coisas que ajudam a limpar os dentes. Mostrará também claramente a necessidade da escovação e do uso do fio dental.

Introdução ao Uso do Fio Dental

A fim de demonstrar a necessidade do uso do fio dental, cubra sua mão com tinta. Use em seguida uma escova de dentes para limpar a tinta, mantendo os dedos bem apertados e juntos. A escova não conseguirá remover o material entre os dedos. Pode ser feita, então, a comparação com a placa nos lados dos dentes. Faça a classe estudar a transparência. "Onde a Placa se Esconde".

Dê a cada criança um pedaço de fio (não o fio dental, qualquer fio) de = aprox. 45 cm). Faça as crianças conseguirem um parceiro e ilustre o uso do fio dental usando o fio e as mãos do parceiro. Um aluno mantém as mãos juntas com os dedos retos e juntos, firmemente. O outro aluno passa o fio entre os dedos.

Onde a Placa se Esconde

- Além da escova de dentes é necessário o uso do fio dental para remover a placa dental

Observação: Alguns alunos podem ter problemas especiais com o uso do fio dental porque os dentes têm pouco espaço entre eles ou porque são tortos ou porque têm obturações que têm porções salientes. Dever-se-ia consultar um dentista para sugerir soluções para dificuldades específicas.

Escovação

A escovação irá remover a placa das superfícies exteriores, interiores e gengivais dos dentes. A eficácia (a limpeza total, completa) com que a pessoa escova é mais importante do que a técnica específica utilizada.

O uso de um dentifrício não é necessário para a remoção da placa.

Na seleção de uma escova de dente, a maioria dos dentistas recomenda escovas com cabo reto, superfícies de escovação plana e cerdas macias, com pontas arredondadas. As cerdas macias têm maior probabilidade de não ferirem as gengivas. A ponta da escova deve ser pequena o suficiente para que permita alcançar cada um dos dentes.

Além disso, as escovas de dente deveriam ser inspecionadas periodicamente para verificar se as pontas das cerdas se tornaram esfiapadas ou inclinadas. Cerdas inclinadas além de não permitirem a limpeza dos dentes, podem também ferir as gengivas.

Prática no Uso do Fio Dental

Dê a cada aluno uma porção de fio dental. Faça os alunos começarem a passar o fio em seus dentes, começando com o dente de trás e trabalhando ao redor do arco em padrão regular. Utilize a transparência "Usando o Fio Dental em Seus Dentes".

Introdução à Escovação

Demonstre a posição correta da escova. Um pente limpo pode representar os dentes e as gengivas. Mostre a transparência "Como escovar os dentes".

Peça aos alunos para verificarem as escovas de dentes de cada um dos membros da família. Encourage-os a informar os membros da família que cerdas desfiadas ou inclinadas podem machucar as gengivas, não permitindo a limpeza efetiva dos dentes.

Prática da Escovação

Peça aos alunos para colorirem a placa. Após isto, os alunos devem tentar remover a placa pela escovação, trabalhando em um padrão regular em toda a boca. Os alunos podem verificar seu próprio progresso com espelhos.

Use água para enxaguar. Após água, será útil ter-se um copo de papel para se jogar a água do enxague.

Descrever a escova de dente frequentemente recomendada para a remoção da placa.

Identificar os sinais de uma escova de dente gasta.

Usando o Fio Dental

- O fio dental é essencial para a limpeza entre os dentes

- Para facilitar o uso do fio dental, amarre as pontas, fazendo um círculo

Como Escovar seus Dentes

- Coloque a escova sobre os dentes com suas cerdas pressionadas em direção ao bordo gengival

- Não esquecer de escovar a parte interna dos dentes anteriores

- Escove cuidadosamente as faces externas, internas e superiores (oclusais)

Como as crianças podem usar as escovas com mais força do que os adultos, estas devem ser substituídas, quando apresentarem sinais de desgaste.

Observação: Alguns alunos podem ter aprendido outros métodos de limpeza por dentistas. Obviamente, devem continuar a seguir as instruções que lhes foram dadas.

Observação: As experiências de aprendizagem para uso do fio dental e da escovação deveriam ocorrer diariamente, pelo menos por uma semana, para atingir seu máximo efeito. Em seguida, a supervisão e o reforço podem ser menos frequentes - talvez uma ou duas vezes por semana, durante o resto do ano escolar. Se os alunos almoçam na escola, podem usar esta oportunidade para limparem seus dentes diariamente.

Os pais podem ser convidados a participar nas sessões de remoção da placa na sala de aula. Pode planejar-se um programa noturno para os alunos demonstrarem técnicas de controle de placa. Os pais devem ser incentivados a reforçar bons hábitos de saúde bucal em suas casas.

O USO DO FLÚOR

OBJETIVOS: Compreender a eficácia do flúor na prevenção da cárie dental.

Compreender as maneiras pelas quais o flúor pode atingir os dentes.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

Descrever como a cárie dental pode ser reduzida pelo conteúdo controlado de flúor na água de beber.

Indicar o nível de flúor no suprimento de água da comunidade, observando se o conteúdo de flúor é adequado ou se é inadequado para uma máxima prevenção da cárie, procurando

CONTEÚDO

Flúor - Uma Substância Preventiva

A maneira melhor para prevenir a cárie é a fluoretação dos suprimentos de água da comunidade. O flúor é uma substância natural que pode ser encontrada na água e até em muitos alimentos. Quando o dente está sendo formado, mesmo após a erupção, o flúor é incorporado ao esmalte. Os dentes se tornam mais resistentes à cárie porque o flúor torna o esmalte mais forte e menos susceptível ao ataque de ácidos.

Quando o suprimento de água da comunidade contém uma parte de flúor por um milhão de partes de água (lppm), as pessoas que a tomam, desde o nascimento, têm cerca de dois-terços a menos de cáries do que as pessoas que bebem água contendo menos do que este nível de flúor.

Quando o nível de fluoreto no suprimento de água é demasiado baixo, pode ser ajustado adicionando-se flúor suficiente para alcançar o nível de 1 ppm.

ATIVIDADES SUGERIDAS

Designe um comitê para ir ao departamento de saúde local e perguntar se o suprimento de água da comunidade:

1. É adequadamente fluoretado para ajudar a evitar a cárie dental?
2. É ajustado para prover um nível adequado de flúor?
3. Há quantos anos o nível de flúor vem sendo controlado? Quando começou o programa?

Se o suprimento de água da comunidade for fluoretado, arranje uma excursão de classe ao departamento de água pública para observar o sistema de fluoretação.

tais informações nas prefeituras das cidades ou órgãos responsáveis pela distribuição da água em suas cidades.

Enumerar maneiras de tornar o flúor acessível às pessoas.

Outras Maneiras de se Obter Flúor, Incluem:

. Fluoretação do suprimento de água da escola.

. Aplicações tópicas de flúor - flúor aplicado diretamente aos dentes por um dentista ou auxiliar.

. Programas escolares de bochechos com fluoreto. Esses programas nas escolas têm sido considerados efetivos para reduzir a cárie dental; requerem poucos materiais e suprimentos; precisam de pouco tempo para serem administrados, podendo ser supervisionados por pessoal que não os profissionais de odontologia.

. Utilização de dentifrícios com flúor. Este método de grande alcance, é de extrema eficácia na redução da cárie dental.

Convide um dentista para discutir e demonstrar as várias maneiras em que o flúor pode atingir os dentes.

BOA NUTRIÇÃO - UMA QUALIDADE ESSENCIAL PARA A SAÚDE GERAL E SAÚDE BUCAL

OBJETIVOS: Compreender a importância de uma boa nutrição para uma saúde geral ótima.

Compreender o papel da dieta na prevenção da doença bucal.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

O aluno deve nomear os Quatro Grupos de Alimentos e dar exemplos de alimentos pertencentes a cada grupo.

O aluno deve planejar refeições para um dia, incluindo as porções mínimas recomendadas de cada um dos quatro grupos de alimentos.

CONTEÚDO

A dieta equilibrada é necessária para a saúde do organismo, incluindo os tecidos bucais.

Os Quatro Grupos de Alimentos são um Guia para uma Nutrição Equilibrada:

Leite e produtos de laticínios.

Carne, peixe e aves.

Pão e cereais, macarrão, biscoitos.

Frutas e vegetais.

ATIVIDADES SUGERIDAS

Peça aos alunos para coletarem e trazerem figuras de vários alimentos. Faça a classe executar um conjunto de mostra de "posters" para o quadro de avisos, cada um ilustrando alimentos pertencentes a um dos quatro grupos.

Peça os alunos para classificarem uma lista de vários alimentos nos respectivos grupos.

Peça os alunos para executarem uma listagem abrangente de tudo o que eles comem às refeições e lanches, por três dias. Então, peça aos alunos para compararem suas dietas com as porções recomendadas dos quatro grupos de alimentos, e para escreverem as mudanças que eles poderiam fazer para melhorar suas dietas.

Após estudar os Quatro Grupos de Alimentos, faça os alunos planejarem cardápios (desjejum, almoço e jantar) para um dia. Peça aos alunos para incentivarem suas famílias a seguirem-nos. Peça aos alunos para relatarem para a classe a reação de suas famílias.

Peça aos alunos para listarem quais os alimentos que são mais fáceis de serem comprados.

Peça também para perguntar aos pais quais os tipos de alimentos mais fáceis de serem adquiridos.

O aluno pode identificar alimentos ricos em açúcar que fazem parte de sua dieta.

Consumo de Açúcar e Cárie Dental

Quando o açúcar está na boca, as bactérias na placa se transformam em ácido.

O ácido ataca o esmalte nos dentes, fazendo buracos, finalmente iniciando o processo de decomposição. Cada vez que o açúcar é ingerido, ele dispara imediatamente um ataque de ácido, que dura cerca de 20 minutos.

Muitos lanches são ricos em açúcar. Esses alimentos são chamados alimentos "gatilho", porque eles disparam um ataque ácido. Exemplos incluem, doces, bolos, bolachas, tortas, bolinhos açucarados, sorvetes, refrigerantes contendo açúcar, leite achocolatado, chicletes com açúcar, e sobremesas várias contendo açúcar.

Existem muitos lanches saborosos que contêm pouco ou nenhum açúcar. Exemplos incluem queijo, carne, frutas e vegetais frescos, sucos de fruta não açucarados, biscoitos feitos com farinha, sem açúcar, do tipo água e sal, pipoca. A frequência com que se come alimentos ricos em açúcar, a duração do tempo que o açúcar fica na boca, e a forma física do alimento, são todos eles fatores importantes na produção da cárie.

Fazer uma lista destes alimentos e procurar enquadrá-los nos quatro grupos principais.

Peça aos alunos que façam um círculo nos alimentos enumerados em seus "Diários de Dieta" (ou melhor, Diários Alimentares) que contenham açúcar.

Então, faça-os calcular o número de ataques de ácido a que eles estiveram expostos a cada dia.

Peça aos alunos para indicarem alimentos ricos em açúcar em uma lista de vários itens frequentemente ingeridos nos lanches. Peça os alunos trazerem de casa produtos alimentares que contenham rótulos. Faça-os examinar cada rótulo procurando pelos tipos de açúcar presentes (isto é, sucrose, dextrose, melaço de milho, mel, etc.).

Peça aos alunos para representarem uma situação de compras em uma mercearia:

1. Uma mãe ou pai com conhecimentos sobre nutrição equilibrada e sobre o efeito do consumo de açúcar na cárie dental.
2. Uma mãe ou um pai sem conhecimentos sobre ambos. Discuta outros fatores além do valor nutritivo que determinam a escolha de alimentos.

O DENTISTA E O PESSOAL DE ODONTOLOGIA, E COMO ELES AJUDAM A EVITAR A DOENÇA BUCAL

OBJETIVOS: Desenvolver compreensão do papel dos profissionais de odontologia na prevenção e diagnóstico das doenças bucais.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

Enumerar as funções do dentista e da auxiliar de dentista.

CONTEÚDO

O Dentista e o Pessoal de Odontologia

O Dentista

. Examina os dentes para ver se eles estão se desenvolvendo normalmente ou se se estão doentes.

. Trata cáries dentais, doença periodontal e todas as doenças e problemas, que atingem a boca.

A Auxiliar de Consultório

. Ajuda o dentista a examinar os dentes e as gengivas.

. Ajuda a ensinar procedimentos preventivos de higiene bucal pessoal.

. Tira de Raio-X.

. Executa funções de apoio tais como preparar e dispensar pacientes, esterilizar e desinfetar o equipamento, manter os registros de tratamento dos pacientes etc.

. Faz aplicações tópicas de flúor.

ATIVIDADES SUGERIDAS

Peça aos alunos para fazerem relatórios orais, descrevendo seu mais recente estado bucal. Faça-os contarem as técnicas que o dentista ou a auxiliar utilizaram para limpar os dentes, e os procedimentos que o dentista utilizou para examinar os dentes e as gengivas. Peça-lhes para incluírem descrições do equipamento usado.

Peça aos alunos para relatarem para a classe o que o dentista ou a auxiliar lhes disseram sobre limparem seus dentes, sobre dieta, etc.

Enumerar as atividades preventivas desenvolvidas pelos membros da equipe de saúde bucal, e explicar porque cada um é importante para a manutenção da saúde bucal.

Atividades Preventivas

Limpendo os Dentes (Profilaxia) no consultório dentário. O cálculo é removido pela raspagem com instrumentos especiais. Os dentes são polidos com uma taça de borracha e uma pasta especial.

Jatos de ar e de água ajudam a remover os fragmentos e a manter o dente frio.

A Manutenção do Espaço

Quando um dente decíduo é perdido muito precocemente, um mantenedor de espaço é colocado para evitar que outros dentes se desloquem. Isto faz com que seja possível ao dente permanente erupcionar em seu lugar normal.

Aconselhamento Dietético

A dieta do paciente é analisada e são feitas recomendações para mudanças que irão reduzir a possibilidade de cárie e melhorar a saúde em geral.

Educação de Pacientes em Técnicas de Higiene Bucal

Aplicações de soluções tópicas de flúor

Aplicações de selantes para vedar fissuras dos dentes

Técnicas de Diagnóstico para Detectar a Doença

O exame visual revela a cárie visível, a doença periodontal e outras condições. O exame de Raio-X revela a cárie, a perda óssea na doença periodontal e outras condições não visíveis ao olho humano.

Arranje uma visita ao consultório de um dentista, de tal forma que o dentista, a auxiliar possam explicar seus papéis e os equipamentos.

Peça a um dentista ou a uma auxiliar para fazer uma apresentação na sala de aula a fim de mostrar o que o Raio-X revela.

Peça aos alunos para enumerarem quaisquer outras situações onde um exame de Raio-X possa ser necessário (isto é, tornozelo quebrado, braço fraturado, etc.).

Explicar por que os exames de Raio X são úteis para o dentista.

OS DENTES E SEU AMBIENTE

OBJETIVOS: Desenvolver a familiaridade com a estrutura e a função dos dentes e tecidos adjacentes.

Desenvolver compreensão da dentição primária e permanente.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Fazer corretamente o desenho de um dente e seus tecidos adjacentes.

O aluno pode enumerar as características de cada um deles.

A Anatomia de um Dente

As duas partes principais de um dente são:

A Coroa - a parte visível que morde e mastiga o alimento.

A Raiz - é a parte do dente que se prende no osso maxilar.

Os tecidos de um dente são:

Esmalte - o tecido mais duro do dente ele cobre a coroa e protege o interior do dente.

Dentina - a substância sensível que fica entre o esmalte e a polpa dentária.

Cimento - uma camada muito fina que cobre a superfície da raiz.

Polpa dentária - formada de nervos, vasos sanguíneos e tecido conectivo, no centro do dente.

Usando a transparência - " Partes do Dente " - mostre as diversas estruturas de um dente: esmalte, dentina, cimento, polpa, gengiva, o osso alveolar e ligamento periodontal.

Peça a seu dentista radiografias e mostre os diferentes tipos de tecidos que formam o dente. Tente localizar nestas radiografias as diferentes partes dos dentes e o osso alveolar.

Partes do Dente

Estruturas Adjacentes

Gengiva - o tecido macio que cobre o osso no qual os dentes estão enraizados.

Osso alveolar - a estrutura óssea que circunda e apoia as raízes dos dentes.

Ligamento periodontal - fibras que prendem a raiz ao osso alveolar.

Tipos de Dentes e Suas Funções

Incisivos - moldados para morder e cortar o alimento.

Caninos - moldados para quebrar e rasgar o alimento.

Pré-molares - moldados para rasgar e moer o alimento.

Molares - moldados para moer o alimento.

Padrões de Perda e Erupção

Existem 20 dentes primários (decíduos).

- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 molares

A perda dos dentes decíduos começa ao redor dos 6 anos e normalmente termina ao redor dos 11 anos.

Selecione dois alunos para conduzirem um experimento frente a classe. Um aluno irá tentar comer uma maçã somente com os molares, um outro tentará comer somente com os incisivos. Faça cada um deles descrever as dificuldades encontradas. Divida a classe em dois grupos e faça com que todos participem.

Faça os alunos usarem seus espelhos para examinarem os dentes primários e permanentes em suas próprias bocas.

Faça, então, cada aluno desenhar um mapa de sua própria boca, indicando quais dentes são decíduos e quais são os permanentes.

Mostrar a transparência - "A erupção dos Dentes".

Nomear os tipos dos dentes e suas funções.

Descrever a diferença entre dente primário e permanente.

A Erupção dos Dentes

A criança aos 6 anos já possui os primeiros molares permanentes.

Explicar a erupção e a queda dos dentes como uma parte natural do crescimento e desenvolvimento.

A queda dos dentes segue usualmente um padrão: incisivos inferiores, caninos inferiores, primeiros molares, segundo molares, caninos superiores.

Existem 32 dentes permanentes:

- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 pré-molares
- 12 molares (se incluir os 3º molares, que nem sempre erupcionam)

A erupção começa ao redor dos 6 anos, completando-se por volta dos 12-13 anos (exceto para os terceiros molares permanentes ou "cisos" que podem erupcionar ou não ao redor dos 17-21 anos).

A erupção segue, usualmente, um padrão: primeiros molares permanentes, incisivos inferiores, pré-molares, caninos, segundo molares e terceiros molares.

Os dentes decíduos funcionam como guias para a erupção dos dentes permanentes. Se os dentes decíduos forem perdidos muito precocemente, os dentes permanentes podem ter um espaço inadequado e podem nascer irregularmente. Devem ser colocados mantenedores de espaço pelo dentista, se os dentes decíduos forem perdidos muito precocemente.

Pergunte aos alunos se algum deles têm um dente que está solto ou se perderam um dente recentemente. Dê às crianças uma oportunidade para discutirem seus sentimentos quando eles perderam seu primeiro dente.

Discuta com a classe o que acontece se um tijolo se desprende da parede de um prédio. Como isso irá afetar a estabilidade do prédio? Faça o paralelo com o arco dental. Quando um dente decíduo é perdido muito precocemente, os outros dentes podem ficar fora de lugar. Então não haverá um lugar certo disponível para os dentes permanentes. Um construtor consertaria a parede recolocando o tijolo: o dentista pode preservar o arco colocando um mantenedor de espaço.

UNIDADES DE ENSINO PARA ALUNOS DAS 4^a ÀS 8^a SÉRIAS DO 1º GRAU

ATAQUE A PLACA

- OBJETIVOS:
- . Desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a prevenção da doença bucal.
 - . Desenvolver conscientização do relacionamento das estruturas bucais com dieta e nutrição, com percepção sensorial, com a fala e a expressão de emoção.
 - . Desenvolver compreensão da causa da maioria das doenças bucais.
 - . Desenvolver conscientização de que a maioria das doenças bucais é evitável.
 - . Desenvolver aceitação da responsabilidade pessoal pela remoção diária da placa.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAISCONTEÚDOATIVIDADES SUGERIDAS

Enumerar as funções da boca como o primeiro órgão da digestão.

Por que Dentes?

Comer os alimentos. A boca é o início do sistema digestivo.

Os dentes e a língua preparam o alimento para a deglutição. As glândulas salivares secretam um suco digestivo, a saliva, que é misturado com o alimento para início o processo digestivo. Os músculos na língua, bochechas e palato movem o alimento para ser engolido.

Pergunte aos alunos o que eles gostariam de saber sobre sua saúde bucal. Faça uma lista de suas perguntas no quadro-negro. Retenha uma cópia para referência.

Mostre a Transparência - A Boca -

Peça a classe para discutir as maneiras nas quais as estruturas bucais de vários animais estão adaptadas às suas dietas particulares. Como essas estruturas, e dietas, diferem das do homem? Exemplos - vaca, pato, cachorro.

Peça a classe para considerar a questão, "Se não houvesse saliva para ser misturada com o alimento, o que ainda poderia ser engolido facilmente? O que seria muito difícil para engolir? Como isto afetaria a nutrição?"

A Boca

Descrever como as estruturas bucais contribuem para o ato de comer e para a proteção.

Saboreando e Sentindo os Alimentos: A língua tem papilas gustativas que podem sentir o gosto de doce, azêdo, amargo e salgado. Os lábios e a língua têm muitas terminações nervosas para sentir se o alimento está muito quente e pode queimar a boca, ou se existem objetos estranhos (ossos, etc.) os quais não devem ser engolidos. A língua e o céu da boca (palato) sentem a textura dos alimentos.

Peça à classe para compilar uma lista de coisas que eles gostam de saborear - sorvete, espiga de milho quente, melancia gelada, batatas fritas salgadas, laranja ácida.

Peça à classe para considerar como um resfriado pode distorcer o sentido do paladar. Que alimentos favoritos perdem seu atrativo quando a percepção do gosto é alterada?

Traga para classe alimentos com consistência similar e gosto diferente.

Vende os olhos dos alunos e faça-os tamparem o nariz enquanto lhes forem oferecidas amostras de alimentos. Faça-os tentar identificar cada alimento de acordo com o gosto.

Faça os alunos procurarem por sangramento, áreas inchadas ou avermelhadas, ao escovarem os dentes em casa. Pergunte aos alunos quantos deles tiveram sangramento ao escovarem seus dentes.

Explique ser este um sinal de doença periodontal, podendo eles evitar essa doença, removendo diariamente a placa de seus dentes.

Pergunte aos alunos como eles se sentiriam se suas gengivas sangrassem. Peça aos alunos para enumerarem razões pelas quais as gengivas sangram.

Mostrar a transparência - "A Evolução da Doença Periodontal".

Descrever o desenvolvimento da doença periodontal com ênfase sobre o papel da placa.

Placa e Doença Periodontal:

As bactérias, na placa, segregam substâncias que irritam as gengivas causando inflamação.

Se a placa não for removida diariamente, ela se acumula e endurece formando os cálculos. A medida que aumenta o tamanho da placa, o cálculo endurecido empurra a linha da gengiva. A inflamação pode evoluir com que as gengivas se desprendem aos poucos dos dentes, formando bolsas profundas que armazenam resíduos de alimentos, bactérias e pus.

Se não for tratada, a doença passa a atacar e destruir os tecidos e os ossos que sustentam os dentes.

Dentes saudáveis tornam-se frouxos e podem ser perdidos. O sangramento, quando se passa o fio dental ou se escova os dentes, é um sinal de doença periodontal.

A Evolução da Doença Periodontal

- Secreções bacterianas irritam as Gengivas

- São formadas "bolsas" entre as gengivas e os dentes

- Inicia-se a destruição da Gengiva e do osso alveolar

- Finalmente o dente é perdido

Identificar a placa na boca.

Identificando a Placa: A placa adere-se nos dentes, especialmente perto do limite da gengiva.

Como a placa não tem cor, pode ser colorida com um agente revelador, feito de uma tintura inofensiva.

Demonstrar a capacidade de remover a placa.

Remoção da Placa - A placa é revelada e, então, é removida pelo fio dental e pela escovação.

Especificar os períodos reservados a cada dia para a remoção rotineira da placa.

Para ajudar a prevenir a doença bucal, as crianças deveriam passar o fio dental e escovar os dentes após as refeições.

O aluno avaliará seu próprio progresso no controle da placa através de verificações periódicas com um agente revelador.

Faça cada aluno ficar com o agente revelador na boca, bochechando e esvaziando a boca a seguir cuspidando a solução; depois disso, peça que enxaguem a boca com água.

Depois que os alunos examinarem seus dentes e gengivas, usando pequenos espelhos trazidos de casa, peça que descrevam o que vêem.

Explique que as áreas manchadas de vermelho são placas que precisam ser removidas. (Esta atividade pode ser conduzida separadamente, ou pode ser combinada com a primeira sessão de limpeza em classe).

Pergunte aos alunos como eles se sentem pelo fato de terem placa em seus dentes.

Peça aos alunos para indicarem maneiras de limpar os dentes e as gengivas, enumerando as sugestões relatadas no quadro-negro.

Faça com que os alunos tentem remover a placa colorida pelos seguintes meios:

- a. comendo alimentos mais duros, maçã, p. exemplo.
- b. enxaguando a boca com água.
- c. mascando chicletes sem açúcar.

Este experimento é destinado a motivar aos alunos que tais práticas são insuficientes para perfeita higiene bucal.

Serve também para reforçar a necessidade do uso da escova de dentes e do fio dental.

Fio Dental: O fio dental é necessário para remover a placa entre os dentes e debaixo do limite da gengiva.

É importante limpar essas áreas completamente, porque a cárie dental e a doença periodontal frequentemente começam nessas áreas onde a escova de dentes frequentemente não alcança.

Um médico de segurar o fio dental, que pode ser mais fácil para as crianças, é o seguinte: faça um nó nas extremidades de 30 cm a 35 cm. aproximadamente, de fio dental de modo a formar um círculo. Segure com os 3º, 4º e 5º dedos de cada mão. Use os polegares e os indicadores para guiar o fio.

Observação: com crianças pré-escolares até o quarto grau, a instrução sobre como passar o fio dental deveria ser centralizada na remoção da placa sem causar dano às gengivas. As habilidades motoras delicadas de domínio de técnicas específicas de uso do fio dental podem ser desenvolvidas mais tarde, à medida que a criança amadurece.

Observação: Alguns alunos podem ter problemas específicos com o uso do fio dental porque seus dentes têm pouco espaço entre eles, são tortos, ou contêm restaurações que podem ter porções retentivas.

Elas devem consultar um dentista para que este sugira uma solução.

Introdução ao uso do Fio Dental: Para demonstrar a necessidade do uso do fio dental, cubra sua mão com tinta.

Então, use uma escova de dentes para limpar a pintura, mantendo os dedos firmemente unidos. A escova não irá remover o material de entre os dedos. Pode ser feita, então, a comparação com a placa entre os dentes.

Dê a cada criança um pedaço de fio comum não necessariamente o fio dental; pode ser um pedaço de barbante, por exemplo, de 40 cm de comprimento.

Faça com que cada criança tenha um parceiro e illustre o uso do fio dental usando o fio e a mão do parceiro. Um aluno mantém as mãos juntas, com os dedos retos e mantidos firmemente juntos. O outro aluno passa o fio por entre os dedos.

Escovação: A escovação dos dentes irá remover a placa das superfícies exteriores, interiores e da gengiva dos dentes.

É provável que a eficácia com que uma pessoa escove seja mais importante do que a técnica específica utilizada.

O uso de um dentífrico não é necessário para a remoção da placa.

Ao selecionar uma escova de dentes, a maioria dos dentistas recomenda uma escova com um cabo reto, uma superfície de escovação plana e cerdas macias, com pontas arredondadas.

As cerdas macias têm menos probabilidade de causarem danos à gengiva. A ponta da escova deve ser pequena o suficiente para alcançar cada dente.

Além disso, as escovas de dentes devem ser periodicamente inspecionadas para ver se as pontas se tornam esfiapadas e inclinadas. Cerdas inclinadas não limparão os dentes e podem machucar a gengiva.

Faça a classe estudar a transparência, "Como escovar seus dentes".

Cada aluno deve trazer sua escova de dentes.

Demonstre a posição correta da escova. Um pente limpo pode representar os dentes e a gengiva. Distribuir um folheto de instrução "Como Escovar Seus Dentes" para cada aluno. Peça os alunos levarem o folheto de instrução para casa para ensinarem as práticas corretas de escovação às suas famílias.

Peça os alunos fazerem um levantamento nos membros da família para detectar que tipo de escova de dentes eles estão usando (isto é, indiquem a marca, o tipo de cerdas, etc.).

Peça a cada membro para descrever suas razões para a seleção de sua escova.

Durante o levantamento, verifique cada escova para se certificar de que as pontas das cerdas não se tornaram esfiapadas ou inclinadas.

Descrever a escova de dentes recomendada para a remoção da placa.

Identificar sinais de uma escova de dentes gastada.

OS DENTES: O QUE ELES SÃO E O QUE ELES FAZEM

OBJETIVOS: Desenvolver compreensão das três funções básicas de sempenhadas pelos dentes.

Desenvolver compreensão da estrutura e função dos dentes e dos tecidos que os rodeiam.

Desenvolver compreensão da dentição primária e permanente.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Identificar as três funções básicas dos dentes e dizerem porque cada uma delas é importante.

Funções:

1) Comer: os dentes são necessários para dilacerarem e mastigarem o alimento.

2) Dição clara - os dentes são necessários para a comunicação.

3) Aparência agradável - os dentes são importantes para o bem estar e o desenvolvimento social.

Mostrar a transparência - "Partes do Dente".

Peça aos alunos para contarem o que eles gostam de comer ao jantar. Tente fazer uma lista dos alimentos mencionados que poderiam ser comidos sem os dentes; faça uma lista dos alimentos mencionados que devem ser mastigados.

Peça os alunos que possuem irmãos bebês contarem quanto dentes os irmãos têm, e que tipo de alimentos eles podem comer. A textura dos alimentos de um bebê tem alguma coisa de diferente da de um adulto? Discuta.

Peça aos alunos para trazerem para a classe figuras de revista de pessoas sorrindo. Mostrea-as, discutindo a importância dos dentes na expressão facial. Enegreça alguns dos dentes com crayon, para demonstrar o efeito de dentes que faltam sobre a aparência.

Convide um professor de comunicação e expressão para conversar com a classe sobre a importância dos dentes na formação dos sons da fala.

Identificar a coroa e a raiz do dente, e discutir suas respectivas funções.

Identificar os tecidos que envolvem o dente a descrever sua função

Descrever as funções especializadas dos incisivos caninos, molares e pré-molares.

Partes de um Dente:

Coroa - a parte visível, que morde, rasga ou tritura o alimento.

Raiz - a parte que prende o dente no osso maxilar.

Tecidos circundantes:

Gengiva - tecido macio cobrindo o osso no qual o dente está preso.

Osso (osso alveolar) - circunda e apoia as raízes do dente.

Ligamento periodontal - une o dente ao osso.

Trabalho Especializado de Diferentes Tipos de Dentes:

Incisivos - 4 dentes centrais frontais em cada maxilar. Eles são especialmente moldados para morder e cortar o alimento.

Caninos - 2 em cada maxilar, um em cada lado dos incisivos superiores e inferiores. Eles são moldados para rasgar os alimentos.

Pré-Molares (somente dentes permanentes) - 4 em cada maxilar, localizados entre os caninos e os molares. Eles são moldados para rasgar e esmagar o alimento.

Molares - 4 primários em cada maxilar, 4 permanentes em cada maxilar, se não considerarem os 3ºs molares localizados na parte mais de trás da boca. Eles são moldados para moerem os alimentos.

Peça os alunos desenharem a coroa e a raiz de dente. Abaixo do desenho, faça-os escreverem uma frase descrevendo a função da coroa, e uma frase descrevendo a função da raiz.

Peça as crianças colocarem o dedo em suas bocas para sentirem os dentes. Quem pode sentir os diferentes formatos? Por que você acha que os dentes têm formatos diferentes? Onde estão localizados os formatos? Dê a cada aluno um espelho para usar no exame da boca. Incentive os alunos a descreverem o que é visto - cor dos dentes, cor das gengivas, forma dos dentes, etc. Alguns são afiados para cortar, esses estão na frente e alguns têm as extremidades pontiagudas para rasgar. Os dentes de trás têm superfícies extensas, planas, para moer.

Pergunte às crianças se há alguém com um dente solto. Alguém perdeu um dente? Dê às crianças uma oportunidade para discutir seus sentimentos sobre perder seu primeiro dente.

Indicar os números de dentes decíduos.

Dentes Decíduos: Existem 20 dentes decíduos:

8 incisivos
4 caninos
8 molares

O aluno pode descrever o processo de erupção e queda dos dentes.

Eles começam a erupcionar aos 4-8 meses e a erupção está usualmente completa por volta dos 11 anos.

Usualmente os primeiros dentes que caem são os incisivos inferiores, depois os incisivos superiores, os caninos inferiores, os primeiros molares, os segundos molares, os caninos superiores.

O aluno pode discutir as razões por que os dentes decíduos ou de leite são importantes.

Antes de os dentes decíduos caírem, suas raízes começam a desaparecer (reabsorver).

Os dentes decíduos são muito importantes como guias para a posição dos dentes permanentes. Se os dentes decíduos forem perdidos demasiado cedo, os dentes permanentes podem ter um espaço inadequado e podem nascer irregularmente, provocando a má-oclusão.

Faça a classe ver a transparência - "A Erupção dos Dentes".

Indique os diferentes tipos de dentes decíduos e discuta a ordem em que eles usualmente são perdidos.

Mostre os dentes permanentes se preparando para despontarem.

Obtenha de um dentista alguns dentes decíduos extraídos e traga-os para a classe. Faça a classe examiná-los procurando por um traço visível de raízes, se houver.

Peça aos alunos para contarem quantos e quais dentes decíduos eles já perderam, e quando isso ocorreu.

Explicar que a erupção e a que da dos dentes são parte do crescimento e desenvolvimento humano natural.

Dentes Permanentes: Existem 32 dentes permanentes:

- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 pré-molares
- 8 molares (se não considerarmos os 3^{os} molares)

Erupção: Começa mais ou menos aos 6 anos e está completa por volta dos 12-13 anos (exceto para os terceiros molares permanentes que erupcionam aos 17-21 anos).

Começa com os primeiros molares, depois os incisivos inferiores, incisivos superiores, caninos inferiores, pré-molares, caninos superiores, segundo molares e terceiros molares.

Explicar porque os primeiros molares permanentes são particularmente importantes e porque devem ser especialmente bem cuidados.

Primeiros Molares: ELES SÃO OS PRIMEIROS DENTES PERMANENTES A ERUPCIONAR, ELES SÃO:

- Especialmente importantes como guias para a posição do restante dos dentes permanentes.
- Especialmente vulneráveis à cárie.
- Frequentemente confundidos como sendo dentes decíduos que irão cair logo.

Orientar a classe na determinação de uma definição para a palavra "permanente".

Indique os primeiros molares permanentes na transparência - "A Erupção dos Dentes". Faça os alunos procurarem seus primeiros molares permanentes em seus espelhos.

Normalmente esses dentes crescerão entre as idades de 6-7 anos. Uma vez que todos os dentes permanentes tenham erupcionados, os alunos podem facilmente identificar os molares dos seis anos, começando com o incisivo central (como número 1) e contando para trás até 6. Enfatize para as crianças que esses dentes agem como guias para a posição dos outros dentes permanentes.

O DENTISTA E OS AUXILIARES DE ODONTOLOGIA

OBJETIVOS: Desenvolver compreensão do papel dos profissionais de odontologia na prevenção de doenças.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAISCONTEÚDOATIVIDADES SUGERIDAS

Descrever resumidamente o papel do dentista e dos auxiliares de dentista na prevenção e tratamento de doenças bucais

O Dentista: Ensina às pessoas como evitar as doenças bucais.

Examina os dentes para ver se eles estão se desenvolvendo normalmente ou se estão doentes.

Trata os dentes cariados, a doença periodontal e outras doenças e problemas bucais.

A Auxiliar do Consultório: Ajuda a ensinar as pessoas como evitar a doença bucal.

Desempenha funções clínicas de apoio, tais como preparar e assistir a saída de pacientes, esterilizar e desinfetar o equipamento, manter os registros de tratamento dos pacientes, etc.

Ajuda o dentista examinar as estruturas bucais.

Pode ter licença para tirar radiografias.

Aplicações tópicas de flúor.

Peça aos alunos que estiveram no dentista para descreverem sua experiência e sentimentos. Desencorage descrições exageradas de dor e medo.

Descrever a função das peças específicas do equipamento no consultório dentário, tais como a cadeira do dentista, o Raio-X, a luz de exame, o espelho e outros instrumentos característicos da odontologia.

Descrever, em termos simples, por que a limpeza dos dentes (profilaxia) é necessária.

Examinando os Dentes: A cadeira de dentista é ajustada para se adaptar a pessoas de diferentes tamanhos e pode ser levantada e inclinada de tal forma que o dentista pode trabalhar facilmente.

O dentista usa um pequeno espelho redondo para ver a parte posterior dos dentes.

Ele usa uma sonda de metal chamada "explorador" para ajudar e encontrar cáries.

O Raio-X é uma câmara que usa uma pequena quantidade de radiação para tirar fotografias dos dentes e ossos, revelando condições que não podem ser vistas olhando a boca, comumente.

A luz de exame pode ser focalizada para iluminar inteiramente todas as partes da boca.

Limpeza Profissional dos Dentes (profilaxia) no Consultório Dentário:

Para a maior parte das pessoas, é necessária uma limpeza profissional periódica (dos dentes) para ajudar a evitar a doença.

O cálculo é removido por raspagem com instrumentos especiais.

Os dentes são limpos com uma taça de borracha e uma pasta de dentes especial. Nesta ocasião, o dentista frequentemente faz aplicações tópicas de flúor ou recomenda o flúor para uso diário em casa, através de bochechos.

Os jatos de ar e de água ajudam a remover fragmentos que ficaram na boca.

Arranje uma visita a um consultório dentário de forma que o dentista, e a ajudante possam explicar seus papéis e equipamentos. Se não for possível arranjar a visita, convide os membros de equipe odontológica para a sala de aula.

Peça a um dentista para visitar a classe e explicar porque é necessário limpar os dentes.

Peça a ele para explicar o procedimento em termos simples.

Reveja com os alunos a seção conteúdo, que se a placa não for removida, ela pode endurecer e se tornar um cálculo. O cálculo somente pode ser removido pelo dentista.

MANTENDO OS DENTES SADIOS

OBJETIVOS: Desenvolver conscientização sobre os perigos potenciais para os dentes e gengivas.

Desenvolver conscientização de que os perigos podem ser evitados.

Desenvolver compreensão dos procedimentos de primeiros-socorros.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Enumerar pelo menos três tipos de atividades que podem ser perigosas para os dentes, e dizer como os perigos podem ser evitados.

Acidentes com os Dentes Ocorrem Comumente como um Resultado de:

Brincadeiras grosseiras junto a bebedouros de água, atirar bolas ou outros brinquedos.

Quedas de bicicletas.

Descuido ao redor de balanços com assento duro, gangorras, e outros equipamentos de "playground".

Quedas causadas por objetos deixados no chão ou calçada.

O fato de não se usar cintos de segurança quando se está andando de carro.

Não usar protetores de boca quando estiverem em jogos desportivos e outras atividades desportivas de contacto corporal (por ex., boxe, judô, etc.).

Faça os alunos desempenharem o papel em uma situação na qual os dentes e outras estruturas bucais possam ser danificadas e as maneiras nas quais os acidentes podem ser evitados.

Elabore uma lista de classe dos faça e não-faça com relação à segurança bucal, para a casa e para a escola.

Faça os alunos discutirem suas experiências e sentimentos quando eles sofreram um machucado em suas bocas.

Obtenha de um dentista algumas fotografias de dentes lascados antes e após a restauração. Mostre-as para a classe.

Isso pode ser reconfortante para a criança que, a despeito das precauções, acontece de ter um dente danificado.

Os Dentes e as Gengivas Podem Ser Machudas:

Colocando lápis, objetos duros ou se objetos estranhos forem colocados na boca.

Primeiros Socorros: Se um dente estiver solto, lascado ou quebrado, ele deve ser examinado por um dentista o mais rápido possível.

Se o dente for arrancado por acidente, encontre-o, coloque-o na água ou embrulhe-o em um pano molhado limpo, e leve a criança e o dente para o dentista na hora. Não limpe o dente. O dentista pode ser capaz de recolocar o dente.

Faça os alunos executarem uma mostra de itens que não deveriam ser colocados na boca e que comumente o fazem.

Descrever os procedimentos apropriados de emergência se um dente estiver solto, lascado ou fraturado e se um dente tiver sido arrancado por acidente.

DIETA E HIGIENE BUCAL

OBJETIVOS: Desenvolver consciência de alimentos perigosos para a saúde bucal.

Desenvolver consciência de alimentos necessários para uma boa nutrição.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Identificar seis a oito alimentos que favorecem a cárie.

Açúcar: Muitos alimentos comuns, contêm açúcar, principalmente na merenda escolar ou vendidos em cantinas escolares.

Exemplos incluem bolo, bala, torta, rocambole, sorvete, bolachas, goma de mascar açucarada, refrigerantes contendo açúcar, leite achocolatado, sobremesas de gelatina contendo açúcar e outros do mesmo gênero.

As bactérias da placa transformam o açúcar que está na boca em ácidos que atacam o esmalte dos dentes.

Cada vez que um alimento contendo açúcar é ingerido, as bactérias continuam a formar ácidos por cerca de 20 minutos em média.

Considerações sobre a Ingestão de Alimentos adequados para a Saúde Bucal: Para um indivíduo se alimentar, existem muitos alimentos nutritivos não açucarados. Eles incluem carne, leite, queijo, frutas, vegetais frescos e cereais.

Os Quatro Grupos de Alimentos - Um Guia para a Boa Nutrição: Leite e produtos de laticínio - Alimentos alternativos incluem queijo, requeijão e yogurt.

Carne, peixe e aves - Frutas e vegetais Pão e cereais.

Faça os alunos trazerem para a aula figuras de revista de uma variedade de diferentes alimentos.

Faça os alunos recortarem as figuras e separem em categorias de alimento - açucarados e não-açucarados.

Sugira um lanche no qual somente sejam servidos alimentos de conteúdo não-açucarado. Inspeção todos os produtos para se cientificar de que eles não contêm açúcar.

Peça os alunos indicarem aqueles alimentos que contêm e que não contêm açúcar.

Faça os alunos planejarem uma lista de alimentos recomendados para conhecimento dos pais. Faça os alunos levarem esta lista para casa.

Nomear os Quatro Grupos de Alimentos e descrever um plano equilibrado de refeição para um dia.

DOENÇA E HÁBITOS PREJUDICIAIS

OBJETIVOS: Desenvolver conscientização das doenças que podem afetar os dentes e as gengivas.

Desenvolver compreensão de que existem hábitos prejudiciais à saúde bucal.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

CONTEÚDO

ATIVIDADES SUGERIDAS

Explicar o processo de desenvolvimento da cárie dental, incluindo o papel da placa, do açúcar e do ácido.

Cárie Dental (deterioração do dente)

A deterioração é definida como um processo de destruição dos tecidos do dente, iniciado pelo ataque de ácido produzido pelas bactérias sobre o esmalte, afetando mais ou menos 98% da população mundial.

A causa da cárie é a placa, que é formada por colônias organizadas de bactérias. As bactérias formam ácidos na presença de açúcar. Os ácidos atacam o esmalte. A placa concentra os ácidos na superfície do dente especialmente concentrando-se nos sulcos e fissuras, na linha da gengiva e nos lados dos dentes, próximos aos outros dentes.

Explicar o processo de desenvolvimento da doença periodontal, incluindo o papel da placa e do cálcio.

Os dois tipos mais comuns de doença periodontal são:

Gingivite - inflamação das gengivas com avermelhamento, entumescimento, e sangramento.

Periodontite - formação de bolsas entre a gengiva e os dentes, destruição do osso, afrouxamento dos dentes e, finalmente, sua perda.

Mostre a transparência "O desenvolvimento da Cárie".

Discuta com a classe os lugares onde a placa tem probabilidade de se concentrar. Faça a classe usar um agente revelador e localizar essas áreas em suas próprias bocas.

Obtenha uma fruta (laranja ou maçã) em perfeito estado. Faça um furo nela de 2,5 cm de profundidade. Deixe-a de lado por diversos dias, protegida da vista em um saco de papel. Corte através do lugar onde o furo foi feito e faça a classe observar o efeito da decomposição.

Explique que isto ilustra a maneira como o processo da cárie se espalha através de um dente.

Mostre e discuta com os alunos a transparência "A Evolução da Doença Periodontal".

A prevalência da doença periodontal aumenta com a idade: aproximadamente 65% de pessoas com 20 anos e 90% na idade de 50 anos têm sinais visíveis de doença periodontal.

Embora a doença periodontal seja vista como uma doença de pessoas idosas ela se torna mais severa com a idade, estágios iniciais da infecção podem usualmente ser visto em crianças.

Hábitos Prejudiciais:

- Sucção prolongada do dedo ou chupeta (além dos 5-6 anos) pode contribuir para o desenvolvimento de dentes tortos.
- Mastigar lápis ou outros objetos, ou segurá-los na boca, pode machucar os dentes e gengivas.
- Ranger de dentes ("bruxismo"). Isto é o esfregar ou ranger inconsciente dos dentes.

O Fumo e a Saúde Bucal:

Quando comparado aos não-fumantes, os fumantes têm quatro vezes mais risco de morrer de câncer bucal (uma doença responsável por cerca de 8.000 mortes a cada ano).

Além disso, os fumantes desenvolvem formas mais graves de doença periodontal. Além disso, o fumar:

- mancha os dentes
- Causa mau hálito
- diminui o sentido do paladar e do olfato
- aumenta o risco de muitas doenças
- é irritante para os não-fumantes na mesma área e pode lhes causar desconforto
- é um hábito dispendioso.

Peça os alunos fazerem uma mostra de objetos que as pessoas frequentemente mordem, mastigam, ou seguram na boca, que são potencialmente prejudiciais aos dentes e às gengivas.

Faça os alunos descreverem o que eles têm ouvido sobre o hábito de fumar. Onde eles obtiveram sua informação? Dê à classe a oportunidade de discutir sobre o hábito de fumar.

Enumerar hábitos prejudiciais aos dentes e às gengivas, e discutir problemas que podem ser causados por eles.

Explicar a relação entre o hábito de fumar e a saúde bucal.

O USO DE FLÚOR

OBJETIVOS: Desenvolver compreensão da eficácia do flúor na prevenção da cárie dental.

Desenvolver consciência das maneiras nas quais o flúor pode atingir os dentes.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAISCONTEÚDOATIVIDADES SUGERIDAS

Discutir os benefícios do flúor e as várias maneiras de obtê-lo.

Flúor - Uma Substância Preventiva: Um dos melhores métodos para ajudar a evitar a cárie dental é o uso do flúor.

O flúor torna o esmalte do dente menos suscetível aos ataques ácidos.

Os alunos podem receber o flúor através de vários meios. Alguns são:

- fluoretação da água de abastecimento da cidade
- fluoretação do suprimento de água da escola
- programas escolares de bochecho com flúor
- aplicações tópicas de flúor, feitas por profissional ou auxiliares
- dentifrícios com flúor (pastas de dente).

Explique os benefícios do flúor. Por exemplo, pergunte aos alunos:

1) O flúor pode ajudar a parar as lesões provocadas pela cárie?

2) Como o flúor atua?

3) De que maneiras a pessoa pode receber os benefícios do flúor?

PRÁTICAS DE SEGURANÇA/PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

OBJETIVOS: Desenvolver conscientização de causas potenciais de danos bucais.

Desenvolver compreensão das maneiras pelas quais os danos bucais podem ser evitados.

Desenvolver conhecimento e habilidades necessárias para se prestar os primeiros socorros na ocorrência de um dano bucal.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

O aluno pode enumerar as possíveis causas de acidentes às estruturas bucais, listarem maneiras pelas quais os acidentes advindos dessas fontes podem ser evitados.

Enumerar procedimentos de emergência a serem executados quando ocorrer um dano bucal (isto é, um dente fraturado, abalado ou arrancado por acidente).

CONTEÚDO

Causas comuns de danos bucais incluem:

- . Quedas, frequentemente causadas por objetos deixados descuidadamente no assoalho ou no chão.

- . Colisão com objetos se movendo a considerável velocidade, tais como assentos duros de balanço, gangorras, bolas, etc.

- . Brincadeiras violentas nos bebedouros.

- . Participação em esportes onde seja provável acontecer um dano bucal se não se estiver usando um protetor de boca.

- . Andar de automóvel sem usar cintos de segurança apropriados, de assento ou de torax.

Quando ocorrer acidentes envolvendo os dentes. O que fazer se acontecer um dano: Se um dente for fraturado ou ficar solto, veja um dentista tão logo seja possível. Se um dente for arrancado (por acidente) encontre-o, embrulhe-o em um pano limpo, molhado, ou coloque-o na água, sem lavá-lo. Leve a criança e o dente ao dentista imediatamente. O dentista pode ser capaz de recolocar o dente.

ATIVIDADES SUGERIDAS

Como projeto de classe, desenvolva uma lista de regras de segurança para o lar, para o "playground" e para a escola.

Faça os alunos trazerem para a classe figuras ilustrando esportes nos quais haja probabilidade de ocorrerem danos bucais. Faça uma mostra num quadro de avisos.

Peça os alunos escreverem folhetos sobre segurança bucal e procedimentos de emergência para levarem para casa para seus pais.

Faça um levantamento na classe para ver se qual quer dos membros já sofreu um dano na boca. Se houver, pergunte-lhes se o dano poderia ter sido evitado.

Faça a classe entrar em contacto com seu professor de educação física e treinador para determinar o número e os tipos de danos na boca que ocorreram durante o ano escolar. Faça os alunos relatarem suas descobertas para a classe.

Peça aos alunos para escreverem uma lista sobre Procedimentos de Emergência Bucalis. Encorage-os a levarem para casa o trabalho e a reverem-no com suas famílias. Além disso, dê a cada sala de aula, bem como à enfermeira escolar uma cópia do trabalho. Ele será uma fonte útil de consulta caso ocorra algum acidente bucal na escola.

SENDO UM CONSUMIDOR DE SAÚDE INTELIGENTE

OBJETIVOS: Desenvolver conscientização das influências sobre o comportamento relacionado à saúde bucal e a escolha de produtos ligados à saúde bucal.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS

Enumerar pelo menos quatro maneiras pelas quais a escolha de práticas e de produtos relacionados à saúde bucal pode ser influenciada.

CONTEÚDO

A tomada de decisão sobre produtos e práticas em saúde bucal é influenciada por:

- Amigos e parentes
- Casos em noticiários de rádio e TV
- Propagandas
- Artigos em jornais e revistas
- O dentista da família.

Critérios para se avaliar a informação sobre os produtos de saúde:

- Quem disse isso?
- A pessoa é uma autoridade reconhecida?
- Que base a pessoa tem para fazer tal afirmação?
- A declaração apresenta fatos ou ela é apenas um apelo emocional?
- O produto é necessário?

ATIVIDADES SUGERIDAS

Faça os alunos trazerem para a classe artigos de jornais e revistas sobre saúde bucal. Discuta os artigos em classe, observando quem são os autores e em que fontes eles basearam sua informação.

Faça os alunos trazerem para classe propagandas de antisséptico bucais, pastas de dente, que proclamam benefícios cosméticos e de saúde para seus produtos. Analise as propagandas usando os critérios para avaliar a informação sobre produtos de saúde.